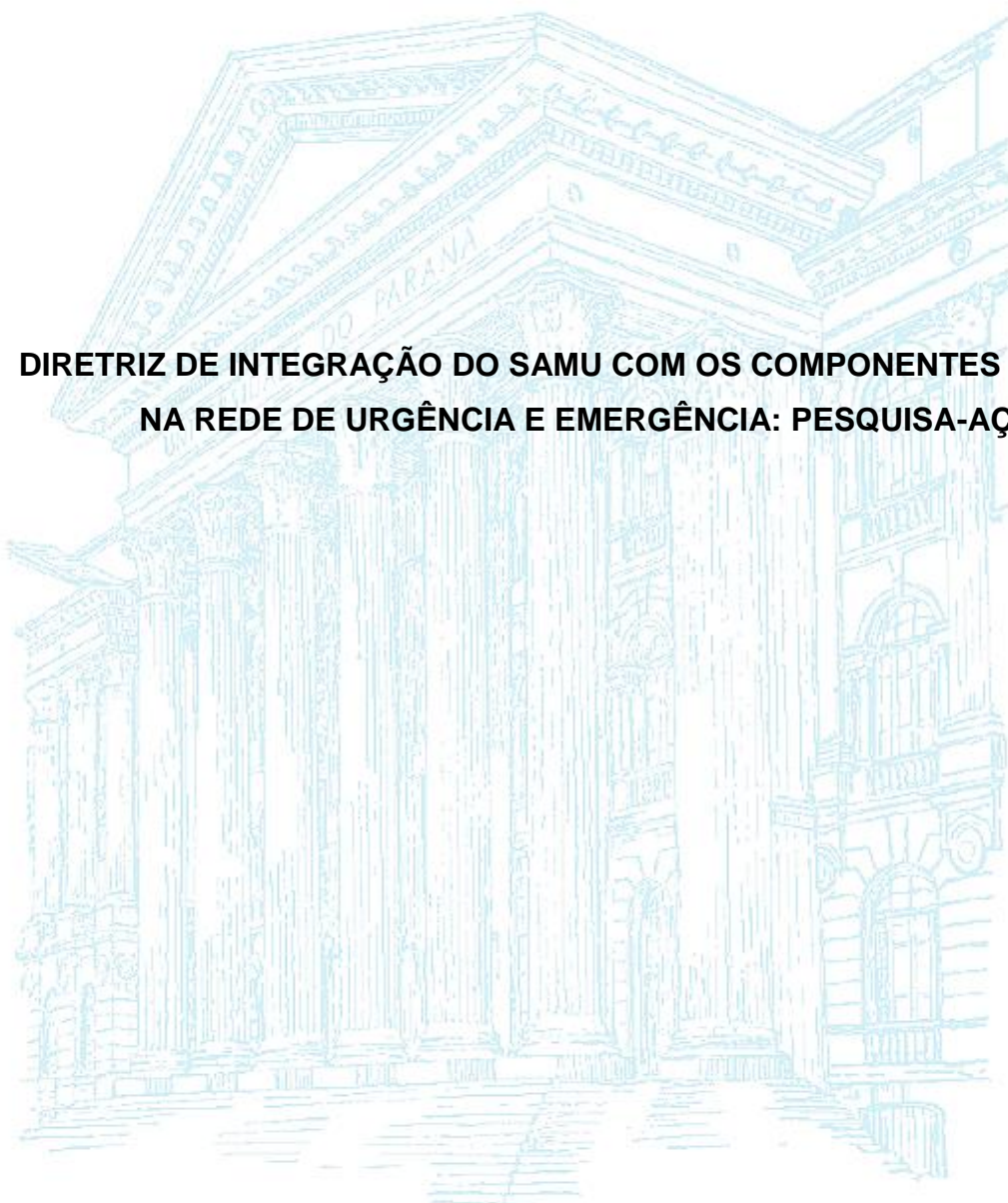


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DANIELA KUROMOTO NAGAI

**DIRETRIZ DE INTEGRAÇÃO DO SAMU COM OS COMPONENTES APS E UPA
NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: PESQUISA-AÇÃO**



CURITIBA

2017

DANIELA KUROMOTO NAGAI

**DIRETRIZ DE INTEGRAÇÃO DO SAMU COM OS COMPONENTES APS E UPA
NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: PESQUISA-AÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná. Área de concentração: Gerenciamento dos serviços de saúde e de enfermagem. Linha de Pesquisa: Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dra. Aida Maris Peres
Coorientadora: Prof.^a Dra. Priscila M. C. Sade

CURITIBA

2017

Nagai, Daniela Kuromoto

Diretriz de integração do SAMU com os componentes APS e UPA na Rede de Urgência e Emergência : pesquisa-ação / Daniela Kuromoto Nagai – Curitiba, 2017.
109 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Aida Maris Peres

Coorientadora: Professora Dra. Priscila M. C. Sade

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Serviços de saúde. 2. Sistemas de assistência à saúde. 3. Integralidade em saúde.
4. Administração de serviços de saúde. I. Peres, Aida Maris. 2. Sade, Priscila M. C.
III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 362.173068



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **DANIELA KUROMOTO NAGAI** intitulada: **DIRETRIZ DE INTEGRAÇÃO DO SAMU COM OS COMPONENTES APS E UPA: Pesquisa-Ação**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 28 de Junho de 2017.


AIDA MARIS PERES

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


LELA MARIA MANSANO SARQUIS
Avaliador Interno (UFPR)


MARIA ALICE DIAS DA SILVA LIMA
Avaliador Externo (UFRGS)

Dedico este trabalho à minha família, Silvio, Murilo e Pedro, fonte de segurança, paciência e amor.

Também dedico à Vânia Buba, fonte de inspiração para que eu seja cada dia melhor.

AGRADECIMENTO

Agradeço a todos que estiveram comigo nessa caminhada!

À minha família, pela compreensão e respeito...

À Prof^a. Aida, por compartilhar seu conhecimento e estar sempre junto...

Aos amigos de sala, turma do mestrado 2015-2017, pela amizade, trocas de experiência e apoio, especialmente à Viviam, presente do mestrado, que sempre esteve ao meu lado nessa caminhada...

Aos amigos do GPPGPS que ajudaram e contribuíram para a realização do trabalho...

Aos professores do Mestrado Profissional em Enfermagem da UFPR, que sempre apoiaram, contribuíram e incentivaram nessa jornada...

À equipe do Distrito Sanitário Boa Vista, Mariana, Fernanda, Renata, Sanderson, Léia, equipe maravilhosa...

Especialmente à Vânia, sem ela não estaria aqui, foi quem permitiu, apoiou e participou desse trabalho.

A todos vocês, meu MUITO OBRIGADO!!

RESUMO

O sistema de saúde brasileiro oferece assistência à saúde por meio de um modelo de redes de atenção à saúde. Nesse contexto foram criadas redes prioritárias de atendimento, na qual destaca-se a Rede de Urgência e Emergência (RUE), com seus componentes: Atenção Primária à Saúde (APS) (unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família), ambulatórios especializados, serviços de diagnósticos e terapia, unidades de pronto atendimento (UPA) e o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). Este estudo parte do pressuposto que os profissionais da APS, da UPA e do SAMU têm dificuldades para trabalhar como equipe integrada, e consequentemente, identifica-se um trabalho fragmentado. O objetivo geral é construir uma diretriz que incorpore estratégias viáveis para fortalecer a integração do SAMU com componentes APS e UPA na RUE. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa delineada pelo método pesquisa-ação e que seguiu as seguintes fases: exploratória, com realização de entrevistas com semi-estruturado, gravadas e transcritas, realizadas no período de junho a julho de 2016; principal, por meio de dois seminários de discussão e planejamento, realizados em setembro e outubro de 2016; ação, com validação da diretriz pelos participantes da pesquisa durante o último seminário. A pesquisa foi realizada em um Distrito Sanitário do Município de Curitiba, Sul do Brasil, e os participantes das entrevistas foram 10 gestores, 23 enfermeiros e 11 médicos. Os dados das entrevistas foram analisados com o auxílio do software IRAMUTEQ e seu método classificação hierárquica descendente, que forneceu um dendograma composto por oito classes, reagrupadas, analisadas e nomeadas como: Critérios utilizados para acionar o SAMU (percepção e atribuição de cada ponto da RUE); Percepção da integração (fortalezas e desafios); e, Desafios para melhorar a integração na RUE (organização dos serviços, fluxos e comunicação). A diretriz proposta nos seminários foi elaborada com base em uma matriz adaptada de Vieira (2015) para a integração da RUE junto com os participantes da pesquisa. Conclui-se que a diretriz pode contribuir para a integração entre os componentes da RUE e sua aplicação deve acontecer no sentido de proporcionar o atendimento bem sucedido ao usuário pelo profissional de saúde, conforme proposto pelo Programa Nacional de Humanização do SUS. Uma das expectativas sobre o SAMU é a integração que esse serviço pode proporcionar à RUE, garantindo acesso a todos os níveis de complexidade, no momento mais oportuno para o atendimento do usuário.

Palavras-chave: Serviços de saúde. Sistemas de Assistência à Saúde Integralidade em saúde. Administração de serviços de saúde.

ABSTRACT

The National Health System provides health care through a network system. In this context, priority care networks were created, including the Emergency Network, it is composed of the following components: Primary Health Care, specialized outpatient clinics, diagnostic and therapy services, emergency care units (walk-in) and pre-hospital emergency care. This study is based on the assumption that primary health care, emergency care units and pré-hospital emergency care, professionals have difficulty working as an integrated team; as a consequence, a fragmented work is identified, with professionals who have different concepts and ideas. The overall objective is to build a guideline that incorporates feasible strategies to strengthen the integration of primary health care with pre-hospital care and emergency care units. This is a qualitative research delineated by the research-action method obtained through the following phases: Exploratory: application of semi-structured research questionnaire, recorded and transcribed, carried out from June to July 2016; Main: through the discussion and planning seminars, held in September and October 2016; Action: application of the guideline by the research participants. The research was carried out in a Sanitary District of the Municipality of Curitiba and the participants were 10 managers all of the category nurses and 23 nurses and 11 doctors. The answers were analyze with the IRAMUTEQ software. The method was the descending hierarchical classification, provided a dendogram composed of eight classes. These classes were analyzed and named: method used to trigger the pre-hospital emergency care (perception and attribution of each point of the network); Perception of integration (strengths and challenges) and Challenges to better (organization of services, flows and communication). The guideline proposed was drawn up based on the adapted matrix of integration and with the research participant's opinion. With this research, it concluded that the integration between the services must happen in order to provide the successful care between the health professional and the user, as proposed by the national system humanization program. One of the expectations about pre-hospital emergency care is the integration of the services that can provide in the network, guaranteeing access to all levels of complexity in a timely manner, so it is imperative that for better network operation these services must be integrated.

Key Words: Health service. Emergency medial service. Integrality in health. Health service administration.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	-ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA RAS.....	20
FIGURA 2	- MARCOS HISTÓRICOS DA IMPLANTAÇÃO DA RUE.....	22
FIGURA 3	- COMPONENTES DA RUE.....	27
FIGURA 4	- FLUXO ASSISTENCIAL NA RUE.....	38
FIGURA 5	- DIVISÃO DISTRITAL DE CURITIBA.....	43
FIGURA 6	- MATRIZ DE ANÁLISE PARA AVALIAR SE OS CRITÉRIOS DE INTEGRAÇÃO DA RAS SÃO CITADOS PELOS PROFISSIONAIS.....	46
FIGURA 7	- PÓS-GRADUAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	50
FIGURA 8	-DENDOGRAMA DE CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE.....	51
FIGURA 9	-DENDOGRAMA DAS CLASSES – PALVRAS COM $X^2 > 3,84$	52
FIGURA 10	-TÍTULO DAS CLASSES.....	52
FIGURA 11	-MATRIZ QUE DEMONSTRA A QUANTIDADE DE MENÇÕES SOBRE OS CRITÉRIOS RELACIONADOS A INTEGRAÇÃO DA RAS PELOS ENTREVISTADOS.....	57
FIGURA 12	-ATIVIDADES DOS SEMINÁRIOS.....	59

LISTA DE TABELAS

QUADRO 1	-DIFERENÇAS DOS MODELOS AMERICANO E FRANCO-ALEMÃO.....	21
TABELA 2	- PRINCÍPIOS DE CUIDADOS INTEGRADOS.....	35
TABELA 3	-DADOS DOS PARTICIPANTES.....	48

LISTA DE SIGLAS

AD	- Atendimento Domiciliar
APS	- Atenção Primária em Saúde
CAPS	- Centro de Apoio Psicossocial
CHD	- Classificação Hierárquica Descendente
CM	- Central de Materiais
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
GO	- Ginecologia e Obstetrícia
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan Americana de Saúde
PNAU	- Política Nacional de Atendimento as Urgências
PMC	- Prefeitura Municipal de Curitiba
PSF	- Programa Saúde da Família
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
RUE	- Rede de Urgência e Emergência
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	- Sala de Estabilização
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	- Unidade de Contextos Elementares
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 OBJETIVO GERAL.....	15
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
2 REVISÃO TEÓRICA.....	16
2.1 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	16
2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	17
2.3 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	20
2.3.1 Atenção Primária à Saúde.....	27
2.3.2 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	29
2.3.3 Unidade de Pronto Atendimento.....	31
2.3.4 Rede Hospitalar.....	33
2.3 INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	34
3 METODOLOGIA.....	39
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	39
3.2 FASES DA PESQUISA-AÇÃO	39
3.2.1 Primeira fase - Exploratória	40
3.2.2 Segunda fase - Principal.....	40
3.2.3 Terceira fase - Ação.....	41
3.2.4 Quarta fase - Avaliação	41
3.2.5 Desenvolvimento da Pesquisa	41
3.3 CENÁRIO DO ESTUDO	42
3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
3.4.1 Critérios de Inclusão	44
3.4.2 Critérios de Exclusão.....	44
3.5 ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	44
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
4 RESULTADOS.....	48
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	48
4.2 RESULTADO DA FASE EXPLORATÓRIA.....	50
4.2.1 Classes originadas nas entrevistas	50
4.2.1.1 Critérios utilizados para acionar o SAMU	53

4.2.1.2	Percepção da integração.....	54
4.2.1.3	Desafios para melhorar a integração na RUE.....	55
4.2.1.4	Apresentação da Matriz sobre os critérios relacionados à integração da RAS pelos entrevistados.....	57
4.3	RESULTADOS DOS SEMINÁRIOS	59
4.3.1	ELABORAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL PARA A INTEGRAÇÃO ENTRE SAMU, APS E UPA	60
4.3.2	RECOMENDAÇÕES	61
5	DISCUSSÃO	62
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	62
5.2	DISCUSSÃO DA FASE EXPLORATÓRIA	63
5.2.1	Críticos utilizados para acionar o SAMU.....	63
5.2.2	Percepção da integração.....	66
5.2.3	Desafios para melhorar a integração na RUE	68
5.2.4	Apresentação da Matriz sobre os critérios relacionados à integração da RAS pelos entrevistados.....	70
5.3	RESULTADOS DOS SEMINÁRIOS	71
5.3.1	DIRETRIZ PARA MELHORAR A INTEGRAÇÃO NA RUE	71
5.3.2	RECOMENDAÇÕES.....	72
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
5	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICE 1: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO	86
	APÊNDICE 2: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – TEMAS GERADORES PARA OS SEMINÁRIOS.....	88
	APÊNDICE 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido para gestor	89
	APÊNDICE 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido para enfermeiro e médico	92
	ANEXO A - Matriz de análise para avaliar o grau de integração da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde em município de pequeno porte	96
	ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP UFPR	100
	ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP Prefeitura Municipal de Curitiba ..	105

INTRODUÇÃO

As redes de atenção à saúde (RAS) são definidas por Mendes (2010) como um conjunto de serviços vinculados entre si, com objetivo único, ordenados pela Atenção Primária a Saúde (APS) e focadas no ciclo completo da atenção e compostas por equipamentos de diferentes níveis de complexidade (atenção primária, secundária, terciária e os serviços de apoio). Essas redes consideram que os pontos da rede são igualmente importantes e que se relacionam horizontalmente com possibilidade de ofertar à população um cuidado contínuo e integral.

Na rede integrada de serviços de saúde a Atenção Primária à Saúde é a ordenadora do cuidado. Dessa forma, todos os indivíduos assistidos nessa rede devem ter na sua unidade de referência o direcionamento para que seja garantida a integralidade da assistência em todos os níveis de atenção à saúde, incluindo-se o atendimento pré-hospitalar. (CURITIBA,201?).

Os diversos atores e equipamentos envolvidos neste processo têm papel fundamental na RAS. Pelegrini et al.(2010) colocam que os diferentes componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) não estão totalmente integrados, reconhecendo que entre os profissionais de saúde existem divergências sobre a definição de casos de urgências, determinadas pelo processo e organização dos seus locais de trabalho.

Como parte desse sistema, destaca-se a RUE, que surge da necessidade de atender o aumento da demanda nos serviços de emergência médica. Neste momento aparecem várias portarias que regulamentam a atenção às urgências no SUS e ganham força com a instituição da Política Nacional de Atendimento às Urgências (PNAU) no ano de 2003, que define como integrantes dessa rede os componentes: pré-hospitalar fixo (unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, equipe de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnósticos e terapias e unidades não hospitalares de atendimentos às urgências), pré-hospitalar móvel (serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU, e os serviços de resgate) e hospitalar. (BRASIL, 2006).

SAMU tem a função de “prestar atendimento e/ou de garantir transporte adequado ao usuário, levando-o a outro Serviço de Saúde da rede hierarquizada do SUS, quando necessário”. (ROCHA, 2009 p.12). Nessa lógica, os recursos materiais

e humanos são componentes importantes no atendimento do SAMU. Os recursos materiais se referem às ambulâncias bem equipadas, com material de qualidade e quantidade suficiente, adequados à realidade, com manutenção periódica e treinamento da equipe. Os recursos humanos devem estar completos com profissionais habilitados, capacitados para as rotinas estabelecidas que desenvolvam bem suas habilidades práticas. (LANCINI et al., 2013).

Após a publicação da Portaria GM/MS 4279/2010, que organiza no SUS as RAS, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas para serem implantadas nas regiões de saúde do país com a finalidade de atender às necessidades de saúde da população, direcionadas em linhas essenciais de conduta; dentre elas destaca-se a Rede de Urgência e Emergência (RUE), publicada pela Portaria GM/MS 1600 de 7 de julho de 2011, foco de estudo deste trabalho. (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

Araújo (2011) relata que o SAMU difere dos outros serviços de saúde devido à movimentação dos profissionais por meio de ambulâncias, garantindo a cobertura de assistência no local em que o usuário se encontra, ou seja, o serviço de saúde vai ao encontro do usuário para atendê-lo de acordo com suas necessidades, após avaliação do regulador. Entende-se que a APS aciona o serviço quando o atendimento requer uma complexidade maior, após esgotadas todas as possibilidades diagnósticas e terapêuticas disponíveis nesse nível de atenção.

Velloso (2011), em seu trabalho, explicou que os profissionais do SAMU possuem dificuldades de identificar e compreender os limites entre o seu espaço de trabalho e o dos outros, uma vez que o seu próprio corresponde ao território total do município.

A integração entre esses serviços de saúde é um dos nós críticos que determina a qualidade de atendimento ao indivíduo. Dessa forma é claro que um dos grandes desafios gerenciais dessa rede seria melhorar a integração entre os pontos de atenção, que pode ser definida como organização do sistema de saúde de forma coordenada entre provedores de serviços de saúde que cooperam para prestar serviços de saúde de forma integral. Assim, o conceito de integração está diretamente ligado ao de integralidade trabalhado nas redes assistenciais à saúde do Brasil. (HARTZ, CONTRANDIOPOULOS, 2004).

A fragilidade de integração pode ser evidenciada pela identificação de processos isolados dessa rede. Tal fragilidade do sistema é compreendida como um

conjunto desorganizado de pontos de atenção à saúde, que atua de forma isolada, sem comunicação uns com os outros, que não conseguem prestar atendimento contínuo a uma população. Ou seja, a atenção primária não é a ordenadora do serviço, não há comunicação entre os pontos nos diversos níveis de complexidade (primária, secundária e terciária). (MENDES, 2010).

A integração dos serviços é um tema discutido internacionalmente com uma abordagem que visa superar a fragmentação, especialmente quando isso impacta negativamente nas experiências de cuidados das pessoas e nos seus resultados (Goodwin, 2016). Nesse mesmo estudo são utilizados dois conceitos, o primeiro está relacionado à oferta do sistema de saúde que se compõe de diversos equipamentos que se integram para formar um todo; já o outro refere-se à integração da assistência ou tratamento aos usuários (cuidado propriamente dito). O cuidado integrado, então, resulta quando o todo o sistema de saúde é utilizado para otimizar o cuidado.

Queiroz (2015) realizou uma pesquisa sobre a integração dos serviços e informações na RUE e seus resultados mostraram que esta não acontece de maneira satisfatória, pois o sistema de informação adotado no local da pesquisa não propicia o acesso aos dados registrados pelos vários componentes da rede. Relatou também que muitos dos dados são obtidos pelos profissionais nos diversos pontos da rede pelo próprio usuário. Situação que pode gerar erros, pois muitas vezes ele não consegue informar quais os procedimentos realizados, os encaminhamentos já feitos e os que serão necessários.

Este estudo parte do pressuposto de que os profissionais da APS, das Unidades de Pronto Atendimento e do SAMU possuem dificuldades para atuar como equipe integrada. Como consequência, identifica-se um trabalho fragmentado, com profissionais que possuem diferentes conceitos e ideias, mas que trabalham com o objetivo comum.

A escolha pelo SAMU está diretamente relacionada ao fato de que esse equipamento se articula com todos os pontos da rede em seus diferentes níveis de complexidade e pode ser utilizado como ferramenta de gestão (observatório da rede), pois consegue identificar os pontos que possuem alguma fragilidade para o atendimento.

Nesta perspectiva, a pesquisadora, atuante em um distrito sanitário de Curitiba, na Coordenação de assistência à saúde, responsável pelas ações de assistência à

saúde e articulação da rede, destaca a importância de discorrer sobre a integração entre os serviços de saúde. Assim, pesquisar o tema é relevante, pois a sua atuação profissional diária está relacionada com a intervenção e fortalecimento desse processo de trabalho.

A partir da realidade vivenciada, surge a questão norteadora desse projeto: Como fortalecer a integração das equipes do SAMU na Rede de Urgência e Emergência com os componentes atenção básica e UPA?

1.1 OBJETIVO GERAL

Construir uma diretriz que incorpore estratégias viáveis para fortalecer a integração do SAMU com os componentes atenção primária e UPA na Rede de Urgência e Emergência.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar os critérios utilizados pelas equipes da atenção primária para acionar o SAMU;
- ✓ Descrever a integração entre SAMU, a atenção primária à saúde e a UPA;
- ✓ Elaborar uma proposta para integração entre as equipes do SAMU e os componentes APS e UPA.

2 REVISÃO TEÓRICA

O capítulo a seguir busca aprofundar os conceitos relacionados ao tema de estudo, fornecendo subsídios teóricos para melhor compreensão do funcionamento do sistema de saúde brasileiro e, por conseguinte, das Redes de Atenção à Saúde, da Rede de Urgência e Emergência com seus componentes e da proposta de Integração entre os serviços de saúde e a RUE.

2.1 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Sistema de saúde é definido como um conjunto de ações, equipamentos e programas de saúde implementados cujo financiamento pode ser público, privado ou misto, conforme a estrutura organizada. (SILVA, 2012). Os sistemas de Atenção à Saúde surgem na tentativa de responder às situações demandadas pela população por meio do alinhamento e da organização dos serviços de saúde. (BRASIL, 2015).

Na atualidade, os sistemas de saúde se organizam por meio do agrupamento de intervenções com diferentes denominações em diversos países, escopo e mecanismos específicos, que têm por objetivo a integração, dirigidos à prática da assistência à saúde. (KUSCHINIR; CHORNY, 2010).

O surgimento de fatores como transição demográfica, epidemiológica e a incorporação de novas tecnologias faz com que os sistemas de saúde respondam de formas diversas às demandas de saúde da população. Como consequência, percebe-se que, em geral, não estão preparados para atender as novas situações de saúde da sociedade. (OMS, 2003).

Essa crise dos sistemas de saúde é evidenciada pela distorção no atendimento às situações denominadas crônicas ao não garantir a continuidade de cuidado, dando resposta somente aos episódios de agudização dessa situação crônica, de maneira fragmentada, desorganizada (OPAS, 2011). A Organização Mundial da Saúde fez esse alerta em 2003, colocando em seu relatório que:

“Os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições

crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona... O paradigma do tratamento agudo é dominante e, no momento, prepondera em meio aos tomadores de decisão, trabalhadores da saúde, administradores e pacientes. Para lidar com a ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo dominante” (OMS, 2003).

A OMS discutiu sobre a fragmentação dos serviços de saúde, apresentando dados em seu relatório que demonstrou a falta de acesso aos serviços, a descontinuidade do cuidado, a falta de articulação entre os serviços de saúde e a ineficiência na resposta à saúde da população (OMS, 2003). Essa fragmentação dos sistemas também pode ser verificada no seu desempenho geral, evidenciado pela falta de coerência entre os serviços ofertados e a necessidade real em saúde da população. Para superar isso, alguns países propuseram trabalhar com as Redes de Atenção.

2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Kuschinir e Chorny (2010) relatam que vários países começaram a trabalhar com a proposta denominada redes de atenção nos serviços de saúde. O primeiro relato completo de uma rede regionalizada foi apresentado no relatório Dawson, no ano de 1920, atendendo a uma demanda do governo inglês, na tentativa de organizar os serviços de saúde, garantindo o acesso a uma determinada população.

Essa rede contemplava conceitos de integralidade, regionalização, comando único, referências entre níveis de diferentes complexidades, resolutividade no primeiro nível. Esse modelo proposto no relatório Dawson foi base para a criação do modelo britânico de assistência, o National Health Service, criado em 1948, e vigente até os dias atuais. (KUSCHINIR; CHORNY, 2010).

A rede de atenção à saúde do Brasil possui o modelo britânico como referencial e o seu conceito pode ser definido como:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.(BRASIL,2010).

Silva (2011) descreve que as redes, quando regionalizadas e integradas, oferecem condições para a integralidade da assistência por meio de uma estrutura adequada, conferindo uma racionalidade do sistema na utilização dos recursos. No Brasil, o Ministério da Saúde orienta como deve ser a organização dos Serviços de Saúde ao implantar a Portaria GM/MS nº 4279/2010, que determina ordenamento dos serviços por meio das Redes de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2010).

O trabalho em Rede de Atenção à Saúde tem a atenção primária como porta de entrada e lhe responsabiliza pela ordenação do cuidado na rede. Seu objetivo é oferecer acesso resolutivo e de qualidade. (BRASIL, 2015).).

Segundo Mendes (2010), primeiro a população, segundo a estrutura operacional e terceiro o modelo de atenção: a população refere-se aos indivíduos cadastrados e vinculados a uma unidade de APS, que não representam os dados do CENSO demográfico, apresentam condições sociais e de saúde semelhantes; a estrutura operacional composto pelo centro de comunicação, a APS, os pontos de serviço à saúde a níveis secundários e terciários, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de gestão da RAS; e o modelo de atenção à saúde seria o sistema que define e organiza o funcionamento da RAS, articula os pontos da rede conforme a necessidade de uma determinada sociedade e pode estar organizada para oferecer atendimentos a eventos agudos e crônicos.

O objetivo da RAS é propiciar a integração dos serviços de saúde com qualidade na assistência, focado nas ações contínuas, integrais e humanizada, bem como impulsionar o desempenho do Sistema, melhorando o acesso aos serviços, a igualdade, eficácia no atendimento clínico e a eficiência econômica. A RAS é caracterizada pelas relações horizontais entre os pontos da Rede e a Atenção Primária à Saúde é responsável pela ordenação de todo o processo, com foco nas necessidades de saúde de uma determinada população, na atenção contínua e integral por meio de uma equipe multiprofissional. (BRASIL, 2010).

Fazem parte da RAS os seguintes fundamentos, segundo Mendes, (2011): economia de escala, integração horizontal e vertical, processo de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção.

A economia de escala e melhoria no acesso consistem em distribuir no território equipamentos com diferentes densidades tecnológicas, com maior dispersão desses equipamentos com baixa densidade e com maior concentração dos serviços de média e alta complexidade. A integração horizontal representa os serviços de mesma densidade tecnológica se complementando pela diversificação das carteiras de serviço, e a integração vertical refere-se à articulação das diversas esferas de atenção (municipal, estadual, federal, rede privada) com gestão única. (MENDES, 2011).

Já os processos de substituição, reagrupamento e reorganização dos serviços buscam oferecer soluções adequadas no momento correto, com menor custo, focado na necessidade do indivíduo, com os recursos disponíveis. Ainda nesta classificação, os territórios sanitários trabalham com uma base territorial determinada, com população adscrita delimitada. Por último, os níveis de atenção, classificados conforme densidade tecnológica (primária, intermediária, secundária e terciária). (MENDES, 2011).

A estrutura operacional da RAS é composta por: centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio como sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde; os sistemas logísticos e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicamos diferentes nós, conforme apresentado na Figura 1. (MENDES, 2011).

Figura 1 – Estrutura organizacional da RAS



Fonte: Mendes, 2011. p. 86

2.3 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – RUE

Os serviços de emergência representam uma forma de acesso ao sistema de saúde onde parte da população realiza a busca direta na tentativa de resolver problemas de menor complexidade, o que acarreta superlotação nesses serviços, tanto no Brasil quanto em outros países. (SILVA, 2014).

Em sua dissertação de mestrado, Lareiro (2014) pesquisou sobre a organização dos sistemas de urgência e trauma no mundo e colocou que no mundo avançado a organização do sistema é realizada de duas formas: o Sistema Anglo-Americano, com base hospitalar qualificada e serviço de emergência médico pré-hospitalar com paramédicos no qual o paciente é levado ao hospital, e o Franco-Alemão, com serviço médico de atendimento pré-hospitalar altamente qualificado, retaguarda básica de cuidado hospitalar onde o cuidado vai até o paciente. A pesquisa apontou que a comparação dos dois modelos em relação a resultado e custo-benefício não é viável, pois não existe nenhuma evidência de que um modelo seja melhor que

o outro, pois tendem a operar em diferentes contextos e demandas. O Quadro 1 apresenta as principais diferenças dos modelos Americano e Franco- Alemão:

Quadro 1 – Diferenças dos Modelos Americano e Franco-Alemão

Característica	Americano	Franco- Alemão
Nome Oficial	Serviço de Emergências Médicas (SEM)	Serviço de Atendimento Médico de Urgências (SAMU)
Cobertura	90% da população das grandes cidades	100% da população
Financiamento	Sistema público e privado com apoio dos hospitais	100% Público
Recursos Humanos	Paramédicos e técnicos em emergência médica. Médico atua como supervisor à distância do sistema e em desastres em massa	Equipe multiprofissional, profissional médicos, enfermeiros e ambulancistas. Presença de médicos na central de regulação, nas ambulâncias e nos locais de atendimento
Resolutividade	100% são encaminhados ao hospital	Encaminha para hospital adequado apenas casos julgados necessários resolvendo vários casos no local
Custos de implantação	Custo financeiro maior, mas é facilmente implantado pois a maioria dos recursos humanos são de 2 grau completo com capacitação específica	Implantação complexa, pois depende da integração de diversas esferas governamentais e de recursos humanos disponíveis
Regulação médica	Não existe	Existe em 100% das chamadas
Supervisão	Existe pelo médico do hospital da área	Indireta pelo Médico Regulador e direta pelo médico intervencionista
Referencias hospitalares	Os paramédicos distribuem-se por regiões onde existe um hospital de área que os acompanha e recebe os pacientes atendidos	Os encaminhamentos são encaminhados conforme o grau de urgência e necessidades detectadas quando do atendimento in loco, para o hospital adequado às necessidades

Fonte: Adaptado de Ortiga (2016).

A organização do sistema de urgências deve considerar vários fatores: geografia, condição socioeconômica e demográfica da região, aspectos culturais e profissionais e o investimento em saúde proposto pelo governo. Não existe consenso

sobre a definição de um melhor modelo, porém não se contesta a necessidade da organização desse sistema. (LAREIRO, 2014).

No Brasil, a rede de urgência e emergência é uma rede específica, regulamentada ao longo do tempo por várias portarias ministeriais. Essa rede temática surgiu para atender à demanda dos hospitais que estavam sobrecarregados, decorrente do aumento do número de acidentes, violências e agudização das doenças crônicas somados à deficiência e ineficiência da rede básica (BRASIL, 2013).

A Figura 2 ilustra os marcos históricos da sua implantação:

FIGURA 2 – MARCOS HISTÓRICOS DA IMPLANTAÇÃO DA RUE

1994	Portaria 320/1994 – Cria o código de atendimento específico em urgência e emergência que consiste no atendimento realizado por profissional de medicina em ambiente de pronto-socorro
1995	Portaria 1692/1995 – Criou o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência que incidem sobre o valor das AIS 10 e 25% somente para regiões metropolitanas, os hospitais contemplados foram definidos através de deliberação CIB
1998	Resolução CFM 1529/1998 – Sistema de atendimento Pré-hospitalar é um serviço médico e, portanto a sua coordenação, regulação e supervisão direta e à distância deve ser efetuada por médico
1998	Portaria 2923/1998 - Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência
1998	Resolução CONSU – Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de Urgência e Emergência
1999	Portaria 479/199 – Cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências.
1999	Portaria 824/199 – Aprova a normatização de atendimento pré-hospitalar
2001	Portaria 814/2001 – Estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências. Estabelece a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar

	Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que viessem a ser criados no país
2002	Portaria 2048/2002 - Regulamenta o atendimento dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência
2003	Portaria 1863/2003 - Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão
2003	Portaria 1864/2003 Institui o componente pré-hospitalar móvel como primeira etapa da PNAU, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), em municípios e regiões de todo o território brasileiro, no âmbito do SUS
2003	Portaria 2072/2003 – Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências e define suas atribuições e responsabilidades
2004	Decreto 5055/2004 - Institui o SAMU em municípios e regiões do território nacional e estabelece o processo de adesão para esse tipo de serviço
2004	Portaria 2657/2004 - Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU
2006	Portaria 3125/2006 - Institui o Programa QualiSUS e define competências. Estabelece as diretrizes de estruturação e organização da atenção à saúde nas urgências tendo como foco ações nos componentes pré- hospitalar fixo e hospitalar da Rede de Atenção às Urgências
2008	Portaria 2922/2008 - Estabelece diretrizes para a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências Define conceitos, atribuições e pré-requisitos para a implementação das UPA e SE em locais/ unidades estratégicas para a configuração dessas redes.
2008	Portaria 2970/2008 - Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU
2008	Portaria 2971/2008 – Institui e implanta o veículo motocicleta – motolância – como integrante da frota de intervenção em

	toda a Rede SAMU, e define critérios e parâmetros para sua aquisição, utilização, financiamento e custeio
2008	Portaria 2972/2008 - Orienta a continuidade do Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências
2009	Portaria 1020/2009 – Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo – UPA e SE – visando à organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências
2011	Portaria 1600/2011 - Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde
2011	Portaria 1601/2011 – Estabelece diretrizes para a implantação do Componente UPA 24horas e o conjunto de serviços de urgência 24h da Rede de Atenção às Urgências
2011	Portaria 2026/2011 – Aprova as diretrizes para a implantação do SAMU (192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências
2011	Portaria 1011/2011 – Redefine as diretrizes para implantação do Componente UPA e do conjunto de serviços de urgências 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com Política Nacional de Atenção às Urgências
2011	Portaria 2338/2011 – Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências
2011	Portaria 2029/2011 – Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS
2011	Portaria 2994/2011 – Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas
2012	Portaria 664/2012 – Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Trombólise no Acidente Vascular Isquêmico Agudo

2012	Portaria 1663/2012 – Dispõe sobre o programa SOS Emergência no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)
2013	Portaria 243/2013 – Redefine as diretrizes para implantação do componente UPA e do conjunto de serviços de urgência 24horas não hospitalares da RUE em conformidade com a PNAU
2013	Portaria 1365/2013 – Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências
2013	Portaria 1473/2013 – Altera a Portaria 1010/2012 que redefine as diretrizes para a implantação do SAMU e sua Central de Regulação das Urgências
2013	Portaria 1208/2013 – Altera a Portaria 1010/2012 que redefine as diretrizes para a implantação do SAMU e sua Central de Regulação das Urgências

FONTE: o autor (2017)

Machado et al. (2011) explicam que do ano de 1998 até meados de 2002, a política de urgências e emergências foi focada somente para o atendimento de urgências emergências por meio da publicação de normas no âmbito estadual e é nesse momento que surge a primeira portaria voltada para o atendimento pré-hospitalar.

Um marco importante na história foi no ano de 2003, quando o governo formula a Política Nacional de Atenção às Urgências, que coloca o SAMU como estratégia prioritária a ser implantada. Essa Política organizou o sistema de atenção às urgências com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na promoção da qualidade de vida, organização em rede, operação de centrais de regulação, capacitação e educação continuada e humanização da saúde. (BRASIL, 2003).

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ganha destaque no final de 2008 por meio da Portaria GM/MS 2922, a qual estabelece sua implantação ou implantação das Salas de Estabilização (SE) em locais estratégicos para compor a rede de urgência e emergência e discute seu funcionamento e financiamento. (BRASIL, 2008).

No ano de 2011, o Ministério da Saúde reformula a portaria GM/MS 1863 de 2003, instituindo a Portaria GM/MS 1600, que define as seguintes estruturas como

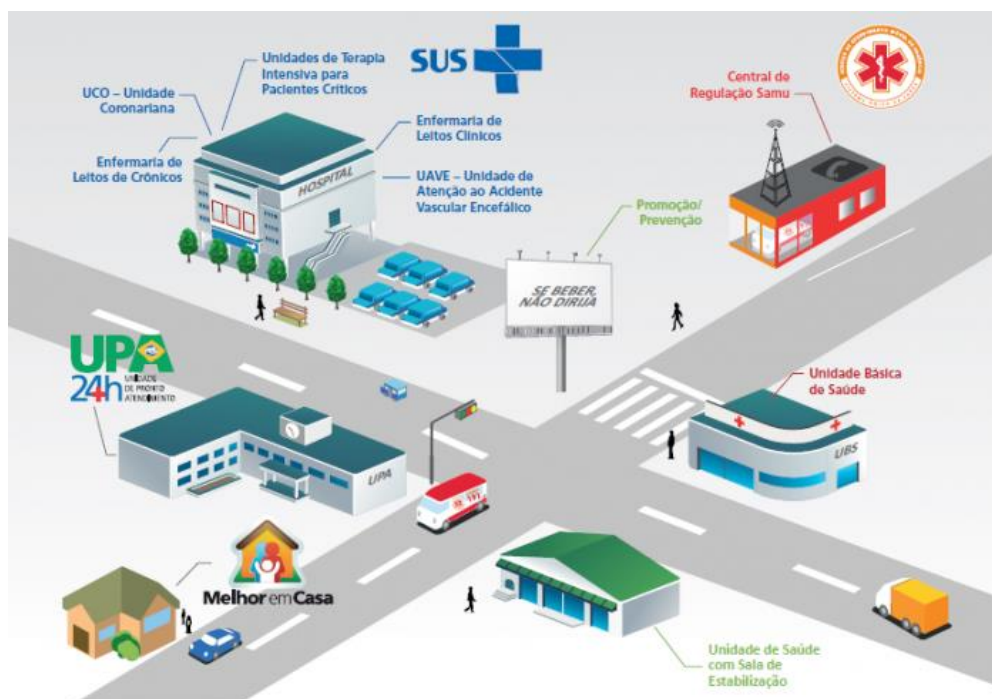
parte da rede de urgência e emergência: serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, atenção básica; SAMU e Centrais de Regulação; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; UPA e conjunto de serviços de urgência 24h; hospitalar e domiciliar. (ARAUJO, 2012).

Essa portaria GM/MS 1600 coloca também sobre a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos, a regionalização do atendimento às urgências, a articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde, com garantia da equidade e da integralidade, por meio da articulação entre os serviços. (BRASIL, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, a RUE vem para promover a articulação e a integração dos equipamentos de saúde, ampliando e qualificando o acesso aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, com agilidade e de forma oportuna. A estruturação dessa rede assistencial de serviços deve ser instituída por regiões de saúde, a partir de alguns marcos regulatórios. (BRASIL, 2013)

A Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências e institui a RUE no SUS, destaca os componentes que a compõe, assim definidos textualmente: Componente Atenção Básica em Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Sala de Estabilização, Força Nacional do SUS, Unidade de Pronto Atendimento, Rede Hospitalar e Atenção Hospitalar. A Figura 3 ilustra os componentes estudados na pesquisa, que são a APS, o SAMU e UPA, por serem do âmbito da gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Figura 3 – Componentes da RUE



Fonte: Pacheco, 2015 p.38

2.3.1 Atenção Primária à Saúde

Atenção Primária à Saúde revela o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada oferecida nas unidades de saúde de um sistema, que é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica. (LAVRAS, 2011).

A difusão do conceito de atenção primária é atribuída ao Relatório Dawson de 1920, que relacionou a ideia de regionalização e hierarquização dos cuidados. No entanto, só foi consagrada a partir da Conferência Internacional de Alma Ata em 1978, definida na ocasião como a porta de entrada dos sistemas de saúde e o primeiro componente do processo de atenção integral. (RODRIGUES et al, 2014).

A Conferência Internacional de Alma Ata debateu sobre os rumos da política de saúde no mundo diante da crise financeira mundial e isso colaborou para que países como Canadá e Espanha utilizassem o conceito de Atenção Primária como estratégia de superar a crise. (GIL, 2006).

No Canadá, que possui um sistema universalista e inclusivo de saúde, a atenção primária é o modelo adotado e tem destaque na agenda do Governo Federal,

seus princípios estão baseados nos modelos comunitários de atendimento com coordenação profissional. (FARIA, 2015).

A APS representa a porta de entrada de um sistema de saúde com o objetivo de atender a necessidade da população, não é direcionada exclusivamente para as enfermidades. Enquanto componente da rede de saúde, é responsável pelo acesso, qualidade dos serviços prestados, medidas preventivas, tratamentos e reabilitações, além de determinar o processo de trabalho dos outros níveis de atenção. (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) estabeleceu os quatro elementos estruturais relevantes à APS: acessibilidade (localização dos equipamentos, disponibilidade de dia, horário e atendimentos), variedade de serviço (serviços oferecidos), definição da população eletiva (população alvo da unidade e população que se considera atendida) e continuidade (arranjos organizacionais para garantir a assistência à saúde).

A coordenação do cuidado é um dos objetivos da APS. Considera-se essencial a capacidade de influenciar sobre os determinantes sociais em saúde por meio de articulação intersetorial facilitando a integração entre instituições, profissionais e trabalhadores, evitando a fragmentação do serviço e alcançando uma atenção integral e integrada. (ALMEIDA, 2011).

A APS no Brasil ganhou força com a publicação da GM MS 648 de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), define, coloca as diretrizes, fundamentos, recursos necessários, responsabilidades e forma de funcionamento. Atualmente a PNAB passou por várias revisões e adequações dos documentos normativos e está regulamentada por meio da Portaria GM /MS 2488 de 2011.

Como componente da RUE, a atenção primária é descrita na Portaria GM MS 1600 de 2011, no seu artigo 6º, que estabelece como responsabilidade da Atenção Primária:

Ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (BRASIL, 2011).

O processo de trabalho das equipes da APS deve estar focado para realizar o acolhimento, a classificação de risco, a avaliação de saúde e análise dos fatores de riscos, levando-se em conta que é de sua responsabilidade a prestação da assistência

de forma resolutiva, a demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências e emergências. (BRASIL,2013).

A APS enfrenta desafios no desempenho de seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde, causado pela carência de infraestrutura e recursos humanos adequados nas unidades, baixa densidade tecnológica, falta de profissionalização da gestão, precarização nas relações de trabalho, fragilidade do modelo de atenção para atender as condições crônicas, fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde e o subfinanciamento do sistema. (OLIVEIRA, 2013).

2.3.2 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

O primeiro registro de atendimento de organização do atendimento pré-hospitalar foi no ano de 1792 na França, proposto pelo Barão Dominique Jean Larrey¹, com o objetivo de evitar complicações de vítimas da guerra, procurando atender o paciente ainda no local. Propôs-se um sistema de cuidados assistenciais de emergência que perduram até os dias atuais focado no rápido acesso ao paciente por profissional treinado, no tratamento e na estabilização e no transporte adequado com suporte médico a hospitais. (ALMEIDA, 2013).

A França e os Estados Unidos são famosos por seus serviços de atendimento pré-hospitalar. Na França, o modelo “Service d’Aide Médicale d’Urgence” (SAMU) consiste em uma rede de atendimento interligado por uma central reguladora, que direciona os pacientes do local para o hospital adequado, trabalha com ambulâncias com suporte básico e avançado de vida, com profissionais capacitados que permite o atendimento precoce já no local da ocorrência, modelo este adotado no Brasil. Nos Estados Unidos o modelo é oferecer atendimento com ambulâncias por técnicos em emergências médicas e paramédico, para depois ser encaminhado para um centro hospitalar. (ALMEIDA, 2013).

O SAMU foi o primeiro componente da PNAU a ser implantado, é um serviço de socorro para atendimento pré-hospitalar, que pode ser acionado por acesso telefônico ao número 192. (BRASIL, 2003). Teve seu serviço regulamentado com a

¹ General Médico no exército de Napoleão.

Política Nacional de Urgência e Emergência, de 2003, que surgiu com a necessidade de prestar socorro à população nos casos de emergência e servir como equipamento regulador de fluxo, diminuindo a superlotação nos hospitais. (BRASIL, 2003).

O atendimento do SAMU inicia-se por uma ligação telefônica no número 192 da Central de Regulação do SAMU, que acolhe os pedidos de ajuda médica para atendimentos a agravos agudos à saúde (clínico, psiquiátrico, traumático, obstétrico e ginecológico). (BRASIL, 2006).

Atualmente o SAMU 192 é o principal componente móvel da rede de atenção às urgências, seu objetivo é diminuir o número de óbitos e sequelas causadas pela demora no atendimento e no tempo de internação hospitalar. (ALMEIDA, 2016). A Portaria GM/MS 1863 de 2003 define que o serviço de atendimento móvel pré-hospitalar o estabelece como uma atribuição da área da saúde, com veículos que atendam às necessidades da população, vinculado a uma Central de Regulação, na qual o médico regulador toma uma conduta (conselho, envio de viaturas) após julgamento do caso.

A organização do SAMU em Curitiba se deu de forma diferenciada dos diversos municípios brasileiros, visto que já existia um serviço de atendimento às emergências denominado Siate² - Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência - em funcionamento desde 1990, que atualmente é de responsabilidade do Corpo de Bombeiros, compõe a RUE e sua articulação ocorre nas Centrais de Regulação. (CHOMATAS, 2005).

As Centrais de Regulação do SAMU devem estar regionalizadas para facilitar o acesso da população, nelas atuam três classes profissionais: o Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM), que faz o atendimento inicial, anotando dados como endereço, telefone do solicitante; o médico regulador, que faz o acolhimento do pedido, classifica o nível de urgência e define qual o melhor recurso para atendimento adequado (orientações, deslocamento de viaturas) e o rádio operador. (BRASIL, 2006).

Toda essa estrutura vem para suprir as necessidades de integrar os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte inter-hospitalar, sob a lógica de sistema de urgência, por meio de uma regulação médica (O'DWYER, 2010).

² Não será abordado nesse estudo, pois não está sob responsabilidade do Município.

O processo de trabalho no SAMU é um trabalho de equipe, que envolve diferentes profissionais: médico regulador, técnicos auxiliares, médico assistente, enfermeiro, técnico de enfermagem e motorista. São diferentes profissionais com suas percepções que efetuam seu trabalho de forma complementar, baseadas em um agir competente. (LANCINI et al., 2013).

Frente à proposta de atendimento no SAMU, o enfermeiro é o profissional capacitado, responsável pela supervisão da equipe de enfermagem, execução das prescrições médicas, assistência a pacientes graves, tomada de decisões e no controle da qualidade do serviço. Conduz processo de trabalho gerencial do cuidado, articulando: gerência, educação e pesquisa, sendo responsável também por fornecer um atendimento na integralidade e integrado. (BERNARDES, 2014). O SAMU pode ser considerado equipamento de atenção primária quando acionado pelos usuários por meio da ligação na central 192 ou secundário, quando acionado pelos equipamentos de saúde da rede de atenção para usuários que já tenham recebido atendimento e que necessitem de um serviço de maior complexidade para continuidade do cuidado. (BRASIL, 2003).

Uma das prioridades da RUE é a organização da atenção por meio das linhas de cuidado cardiovascular, cerebral e traumatológicas, com o objetivo de instrumentalizar os profissionais de saúde inseridos na RUE, qualificando-os para prestar assistência de maneira mais ágil, qualificada e resolutive aos usuários, dessa forma a Central de Regulação faz o encaminhamento direto para os Hospitais de referência nessas linhas de cuidado, garantindo um atendimento mais qualificado com estrutura e materiais mais adequados. (BRASIL, 2013).

2.3.3 Unidade de Pronto Atendimento

As unidades de pronto atendimento ou clínicas "walk-in" se originaram nos Estados Unidos como centros de emergência gratuitos em 1973, preenchendo a lacuna entre médicos de família e departamentos de emergência sobrecarregados, fornecendo um serviço de procura direta que evoluíram para "centros de atendimento de urgência" nos anos 80, com um maior papel de atenção primária e um papel decrescente na atenção de emergência. (MELVYN, 2015).

Neste modelo, praticado nos Estados Unidos e no Canadá as instalações são fisicamente separadas de um hospital, com horário de funcionamento prolongado que aceitam usuários sem encaminhamentos e são altamente acessíveis, prestam cuidados para casos urgentes de cuidados primários. (BROEKHUIS,2014).

A grande preocupação com essas unidades é a fragmentação dos cuidados de saúde e o acompanhamento inadequado das condições crônicas que pode ter importantes implicações de custo e qualidade a longo prazo. (MELVYN, 2015).

No Brasil, a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) é definida como um serviço de complexidade intermediária entre a atenção básica e a hospitalar, com os objetivos de dar suporte à atenção básica para os casos agudos que ultrapassem sua capacidade de resolução e de reduzir o fluxo de usuários para as portas de entrada hospitalares. (BRASIL, 2015).

A implantação das UPA foi estabelecida pela Portaria GM/MS 2922 de 2008, que descreve sobre a expansão da rede de urgência e emergência, caracterizando-se como estruturas intermediárias entre Atenção Básica e Hospitalar com o objetivo de diminuir filas dos hospitais e organizar o fluxo, por meio da regulação, exigindo a integração UPA e SAMU. (BRASIL, 2008)

O objetivo das UPA seria compor a RUE, ordenar o atendimento das urgências e emergências, garantindo atenção qualificada para as pequenas e médias situações de urgências, estabilização do quadro e encaminhamento dos pacientes que necessitam de atendimento hospitalar mediado pela Central de Regulação. (BRASIL, 2002).

Conforme a Portaria MS/GM nº 1601 de 2011, as UPA possuem como competência: trabalhar 24h do dia todos os dias da semana, inclusive nos feriados, acolher pacientes que as procurarem, implantar o acolhimento com a classificação de risco, articular-se com unidades de saúde, SAMU, unidades hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros equipamentos da rede, fornecer retaguarda às urgências atendidas pela rede básica, estabilizar pacientes atendidos pelo SAMU, manter paciente em observação por um período de até 24h e transferi-lo quando necessário, contrarreferenciar o paciente para os demais componentes da RUE, solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassem a capacidade instalada da Unidade. (BRASIL,2011).

Essas unidades também são porta de entrada no SUS ao atender a demanda espontânea e trabalham com diversos problemas que ainda precisam ser superados como a sobrecarga de atendimentos, decorrentes de vários problemas estruturais, a falta de profissionais, o processo de trabalho desarticulado, o sucateamento dos recursos, poucos recursos diagnósticos, falta de integração de informação na referência e contrarreferência dos equipamentos da rede (RANDOW, 2012).

Oliveira (2013) partilha dessa mesma ideia ao colocar em seu estudo que a sobrecarga de trabalho na UPA existe pelo aumento da demanda de pacientes, buscando atendimento imediato que não se caracteriza como urgência, somado à falta de material, à estrutura física das Unidades e aos recursos humanos prejudica a agilidade e qualidade dos atendimentos.

2.3.4 Rede hospitalar

A Atenção Hospitalar na RUE, que foi regulamentada pela Portaria MS/GM 2395 de 2011, teve como objetivo ampliar e qualificar as portas de entrada hospitalares de urgência, as enfermarias clínicas de retaguarda, as enfermarias de retaguarda de longa permanência e os leitos de terapia intensiva e de reorganizar as linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular. (BRASIL, 2011). Possui a responsabilidade de organizar a atenção às urgências nos hospitais, garantindo o atendimento à demanda espontânea e referenciada, atendimentos de média e alta complexidade, procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de cuidados prolongados e de terapia intensiva em articulação com os demais pontos de atenção. (BRASIL, 2011).

A Atenção Hospitalar na RUE, conforme a Portaria GM/MS 1600 de 2011, é representada pelas portas de entrada, enfermaria clínica de retaguarda para urgência, unidades de cuidados intensivos para retaguarda da RUE e as inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias. (BRASIL, 2011)

As portas de entrada representam os serviços instalados em um hospital com a finalidade de prestar atendimento ininterrupto às demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental. Recebem incentivos conforme sua pactuação e sua qualificação (utilização de protocolos específicos, articulação com outros pontos da

RUE, recursos adequados, contrarreferenciamento na rede, garantia de retaguarda a pontos da RUE de menor complexidade). (BRASIL, 2011)

Os leitos para retaguarda às urgências e emergências são disponibilizados na RUE em hospitais acima de 50 leitos, podendo ser implantados nos hospitais estratégicos ou naqueles com menos adensamento tecnológico que forneçam suporte aos prontos-socorros e às unidades de pronto atendimento, devendo ser exclusivos para a retaguarda às urgências e estar disponíveis nas centrais de regulação. (BRASIL, 2011)

Leitos clínicos, cirúrgicos e de cuidados intensivos estariam diretamente relacionados à forma de organização do processo de trabalho da equipe, na humanização do cuidado, na qualificação na gestão hospitalar, na ampliação do acesso e na garantia de infraestrutura adequada; os hospitais contratados devem atender aos requisitos proposto na pactuação. (BRASIL, 2011)

As inovações tecnológicas nas linhas de cuidados prioritárias objetivam oferecer um atendimento mais ágil e qualificado no cuidado cardiovascular, foco no infarto agudo do miocárdio, no cuidado cerebrovascular e no cuidado ao trauma, nas quais estabelecem estratégias como prestar atendimento no momento oportuno, por uma equipe qualificada com diagnóstico precoce, acesso facilitado aos hospitais especializados de retaguarda e utilização de protocolos com exames e medicamentos essenciais. (BRASIL, 2011).

2.3 INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A integração no olhar de Hartz e Contrandiopoulos:

A integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo. (HARTZ; CONTRANDIOPOULOS, 2004, pag 332).

Integralidade é definida por Fracolli (2011) como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade do sistema, organizado, focado na tentativa de resolver os problemas de um determinado

indivíduo ou população. Assim, integralidade e integração podem ser diferenciadas ao definir que a integralidade é um atributo do modelo, algo que o modelo de atenção à saúde (deve ser), a integração é um processo, algo (a fazer) para que o modelo de atenção seja integral e está relacionado a gestão do processo (TEIXEIRA, 2005).

Nesta pesquisa, optou-se pela utilização do termo integração por estar relacionado à articulação nos serviços de saúde, à forma com que os equipamentos e profissionais da RAS estão organizados para prestar um atendimento integral à população. A responsabilidade em garantir a integralidade / integração dos serviços é da coordenação dos sistemas e de serviços. (LIMA; RIVIEIRA, 2010).

A interdependência das unidades e dos atores que compõem a RAS, explicada por Hartz e Contrandiopoulos (2004), legitima que nenhum deles possui recursos suficientes para atender a demanda de saúde de uma população, o que os obriga a organizar o sistema, desenvolvendo estratégias para articulação e cooperação dos envolvidos, coordenadas por uma gestão eficiente e abrangente - um compromisso com a cobertura universal da saúde para garantir que o atendimento seja abrangente e adaptado às necessidades e aspirações de saúde em evolução das pessoas e populações.

Ferrer e Goodwin (2014) fizeram um trabalho em parceria com a Organização Mundial da Saúde e apresentaram uma lista de 16 princípios de cuidados integrados apresentados na figura 6:

Tabela 2 – Princípios de cuidados integrados

Princípio	Definição
Equidade	cuidado acessível e disponível para todos
Sustentável	cuidado eficiente, eficaz e contribui para o desenvolvimento sustentável
Coordenado	cuidados integrados para as necessidades dos usuários e efetivamente coordenados
Continuado	continuidade dos cuidados e serviços prestados durante todo o curso de vida
Holístico	foco físico, socioeconômico, mental e emocional
Preventiva	aborda os determinantes sociais do processo saúde-doença através de ações intra e intersetoriais que promovem a saúde pública e a promoção da saúde
Empoderamento	ajuda as pessoas a gerenciar e assumir a responsabilidade pela própria saúde (Autocuidado apoiado)
Objetivo orientado	na forma como as pessoas tomam decisões de cuidados de saúde, avaliam os resultados e avaliam o sucesso

Respeitosamente	respeita a dignidade das pessoas, as circunstâncias sociais e as sensibilidades culturais
Cuidados colaborativos	que apoiam a construção de relacionamentos, trabalho em equipe e prática colaborativa em todos os setores primário, secundário, terciário e outros setores
Coproduzido	por meio de parcerias ativas com pessoas e comunidades a nível individual, organizacional e de políticas
Dotado de direitos e responsabilidades	que todos os cidadãos devem esperar, exercer e respeitar
Governado através da responsabilidade compartilhada	entre prestadores de cuidados de saúde pela qualidade dos cuidados e resultados de saúde para pessoas locais
Com base na evidência	de modo que as políticas e as estratégias sejam guiadas pelas melhores evidências disponíveis e apoiadas ao longo do tempo através da avaliação de objetivos mensuráveis para melhorar a qualidade e os resultados
Gerenciado por sistema inteligente	sistema de gestão inteligente

Fonte: A autora (2017)

A integração entre os diferentes pontos da RAS faz-se necessária para proporcionar a otimização dos recursos e o atendimento integral e resolutivo às necessidades dos usuários, assim, para seu funcionamento e operacionalização, os componentes devem estar integrados. (ERDMANN, 2013).

Esses componentes das RAS podem ser definidos por Randow (2011) como as áreas territoriais com suas respectivas populações adscritas, com suas necessidades e demandas por assistência específica aos serviços de saúde; os serviços de saúde ou pontos da rede devidamente organizados quanto a suas funções e objetivos; a logística que organiza e controla o acesso e o fluxo dos usuários e o sistema de gerenciamento.

A grande dificuldade para o sucesso da integração dos serviços de saúde, sugerida por Hartz e Contrandiopoulos (2004), seria a falta de interesse, recursos, competências das organizações e dos atores envolvidos em se empenhar para garantir essa integração.

A integração da RAS de saúde depende da qualidade dos processos de coordenação, que por sua vez, dependem da eficácia da comunicação instituída entre as pessoas no interior do sistema. Falhas na coordenação de serviços organizados em forma de redes podem ser consequências de processos comunicacionais deficientes. A comunicação efetiva transforma a prática profissional, que transformaria

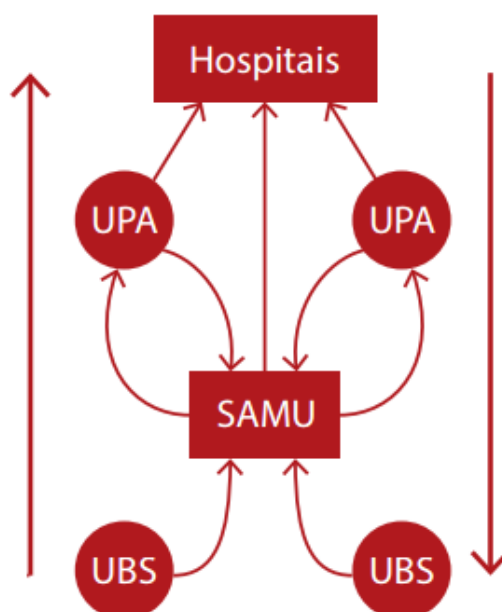
essa prática fragmentada e individualista em uma ação integrada, baseada no trabalho coletivo com comunicação adequada. (RODRIGUES, 2014).

A comunicação e a interação entre as equipes são ferramentas importantes na busca do objetivo da assistência integral aos usuários, fazendo-se necessária a criação de espaços para diálogo para tomar as decisões em conjunto, pois a qualidade do atendimento está diretamente relacionada com o trabalho que a equipe desempenha. (PEREIRA; LIMA, 2009).

No SUS, a integração da RAS é favorecida atualmente pelo Pacto pela Saúde (Portaria MS/GM 299 de 2006) por meio do Pacto de Gestão que representa uma das estratégias para sua regionalização, exigindo a cooperação solidária entre os municípios de determinada região de saúde e a qualificação da APS como instância organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado. (BRASIL, 2006).

Os pontos da rede da RUE, SAMU, UPA e APS devem articular-se entre si pelos fluxos assistenciais coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados por meio das centrais de regulação médica de urgências e complexos reguladores, como apresentado na Figura 4. Ressalta-se, também, a necessidade de oferecer retaguarda às urgências atendidas, proporcionando aos usuários um padrão de atendimento mais humanizado e resolutivo. (MENDES, 2009).

Figura 4 – Fluxo assistencial na RUE



Fonte: Pacheco, (2015), p33

Dessa forma, partindo do princípio do atendimento integral, todos os profissionais de saúde que atuam nessa rede devem trabalhar de forma articulada e integrada, respeitando os fluxos e agilizando os serviços.

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa delineada pelo método da pesquisa-ação. A pesquisa qualitativa tem como objetivo compreender a realidade que não pode ser quantificada, que busca compreender a dinâmica das relações sociais, centrada na capacidade de descrever as relações, estruturas, significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes de um determinado segmento social. (MINAYO, 2008). Busca, também, a construção de conhecimento para a compreensão e solução de problemas. (GIL, 2008). Tal pesquisa permite descrições ricas, bem fundamentadas, oferecendo ao pesquisador uma flexibilidade para adequar a estrutura teórica ao estudo do fenômeno que deseja. (VIERIA, ZOUAIN, 2006).

Já a pesquisa-ação, com referencial de Michel Thiollent, é o método proposto para este estudo, o qual auxilia os atores envolvidos a identificar seus problemas e propor possíveis soluções, uma vez que permite aos atores e aos pesquisadores entender e elucidar a realidade em que estão inseridos, identificando problemas coletivos e propondo soluções. Faz com que os envolvidos reflitam, formulem, implementem ações com base na sua realidade (THIOLLENT, 2009).

Thiollent (2009) coloca que a pesquisa-ação amplia a interação entre os pesquisadores e os atores da situação além de identificar entre os participantes uma aprendizagem, seja pela aquisição de conhecimento, seja pela conscientização do tema discutido. Portanto, a escolha pelo método da pesquisa-ação foi pelo fato de possibilitar uma intervenção a partir do desenvolvimento da pesquisa, pois quando os participantes são levados a refletir e a discutir seu processo de trabalho, já traz melhorias para o serviço.

3.2 FASES DA PESQUISA-AÇÃO

Para se obter os resultados, a pesquisa-ação conta com quatro fases: exploratória, principal, ação e avaliação. (THIOLLENT, 2009):

3.2.1 Primeira fase – Exploratória

Essa fase corresponde “ao diagnóstico da situação e das necessidades dos atores, tem por objetivo escolher os problemas prioritários aos quais serão aplicadas possíveis ações”. (THIOLLENT, 2009, p. 49 - 50).

Thiollent (2009) coloca que essa fase é muito importante, pois dela depende o encaminhamento das outras três fases. É nesse momento que o pesquisador fixa seus objetivos e as modalidades de participação dos atores.

Inicia-se também a fase diagnóstica na tentativa de identificar os principais problemas em um determinado período de tempo, utilizando com frequência a entrevista, que é aplicada a uma amostra intencional, escolhidos membros de diversos níveis hierárquicos.

Após a entrevista é realizada uma análise das mesmas e elaboração de relatório para gerar a informação para os respondentes, permitindo que eles mesmos estabeleçam suas próprias conclusões. Para a primeira fase desta pesquisa foi realizada coleta de dados por meio de entrevistas áudio-gravadas com roteiro semiestruturado (APÊNDICE 1).

3.2.2 Segunda fase – Principal

Nesta fase iniciam-se as discussões exaustivas com o intuito de planejar as ações. O pesquisador e os atores envolvidos se reúnem em seminários para discutir a respeito do tema de suas constatações, reclamações, debates, propostas. (THIOLLENT, 2009).

Os membros desse grupo participam de forma voluntária em função dos interesses que possuem acerca da temática da pesquisa. Esse grupo tem por finalidade: definir os problemas prioritários, elaborar as hipóteses de pesquisa, centralizar as informações, interpretar os resultados, buscar soluções e propostas de ação, acompanhar a implementação das ações e avaliá-las, e por fim divulgar os resultados encontrados. (THIOLLENT, 2009).

3.2.3 Terceira fase – Ação

Tem como objetivo divulgar os resultados, apresentar as soluções, socializar experiências e legitimar as ações propostas pelo grupo. É nesse momento que ações são negociadas entre as partes interessadas. (THIOLLENT, 2009).

3.2.4 Quarta fase - Avaliação

Esta última fase tem por objetivo verificar a efetividade e as consequências das ações propostas e extrair os conhecimentos que poderão ser compartilhados. Controla-se a efetividade das ações no contexto institucional e produz-se conhecimento sobre determinado assunto. (THIOLLENT, 2009).

3.2.5 Desenvolvimento da Pesquisa

A pesquisa foi conduzida segundo as fases propostas na Pesquisa-ação:

1. Fase Exploratória: Elaboração do questionário e pesquisa semiestruturada, realizada no período de Junho a Julho de 2016;
2. Fase Principal: por meio dos Seminários de Discussão e Planejamento, realizados em Setembro e Outubro de 2016. Para o seminário de discussão foram apresentados os resultados encontrados nas entrevistas a partir do dendograma de classes gerado pelo Software Iramuteq e das menções presentes na matriz de integração adaptada para RUE. No seminário de planejamento foi apresentado um esboço da diretriz, com informações relevantes que foram discutidas, reelaboradas e validadas pelos participantes;
3. Fase de Ação: Entende-se que após a discussão, teorização e reflexão dos participantes acerca do tema discutido, parte da diretriz é colocada em prática pelos próprios participantes. Neste estudo a diretriz completa foi entregue a gestores da RUE na tentativa de viabilizar sua divulgação;
4. Fase de Avaliação: a autora disponibilizou-se para receber as avaliações referentes à diretriz por meio eletrônico.

3.3 CENÁRIO DO ESTUDO

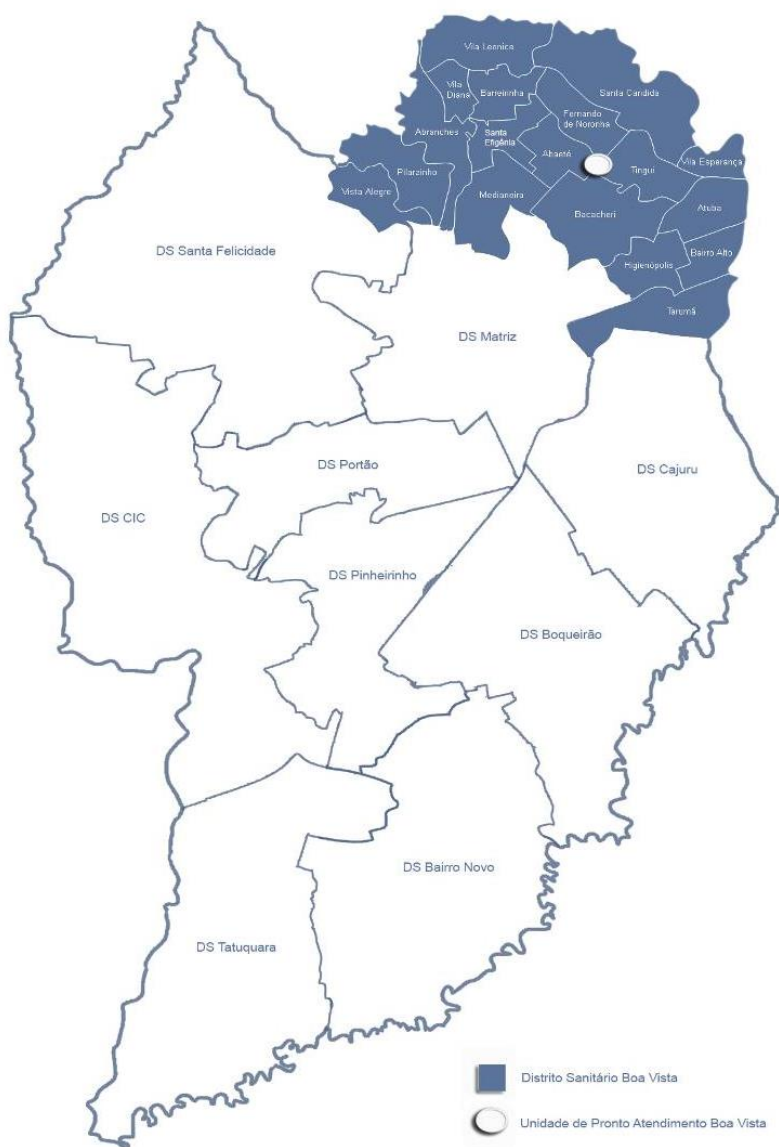
O estudo foi realizado no Município de Curitiba, Paraná, Brasil, na Secretaria Municipal de Saúde, que atualmente possui uma população de 1.751.907 habitantes, está dividida em dez distritos sanitários e abrange a região metropolitana, composta de 26 municípios e uma população de 3.168.980 habitantes. (CURITIBA, 201?).

Atualmente o trabalho na atenção primária do município de Curitiba apresenta como referencial de modelo de atenção o conceito de vigilância em saúde com população adscrita, territorialização e desenvolvimento de ações integrais ao indivíduo. De acordo com a Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC) (201?), a Atenção Primária tem como elementos essenciais o foco no acesso, coordenação do cuidado, carteira de serviços e longitudinalidade, devendo ser a porta de entrada no SUS, atendendo o usuário em suas principais demandas e garantindo a continuidade do cuidado, ofertando assistência que atenda suas necessidades de saúde de forma integrada.

O município possui uma rede composta por 194 equipamentos de saúde, sendo uma central de regulação de serviços de saúde, uma de regulação médica das urgências, doze centros de apoio psicossocial (CAPS), cento e dez unidades de saúde, oito centros de especialidades, um hospital especializado, um hospital geral, nove policlínicas, dez unidades de pronto atendimento (UPA), um laboratório municipal e vinte e oito unidades móveis de pré-atendimento hospitalar na área de urgência. (CURITIBA, 201?).

O foco do estudo é o Distrito Sanitário Boa Vista, que possui uma população adscrita de 257.000 habitantes, composto por dezoito Unidades de Saúde, três centros de apoio psicossocial, uma base móvel SAMU, que compreende duas unidades móveis de pré-atendimento hospitalar, uma unidade de pronto atendimento (UPA) escolhido por já possuir trabalhos em andamento, por ser o Distrito com maior número de atendimentos na UPA do Município.

Figura 5 – Divisão Distrital de Curitiba



Fonte: Curitiba (2016)

3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população deste estudo foi composta por 22 gestores da SMS Curitiba, 20 médicos e 20 enfermeiros que foram selecionados por meio de amostra intencional seguindo os critérios: estar lotado em um dos equipamentos do Distrito Sanitário Boa Vista, de ambos os sexos e diferentes faixas etárias, com atuação nas Unidades de Saúde, na Unidade de Pronto Atendimento e no SAMU que aceitaram participar, voluntariamente, da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3 e 4).

3.4.1 Critérios de Inclusão

Ser gestor, enfermeiro ou médico, servidor público do quadro da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, estar exercendo a função em seu local atual de lotação por um período mínimo de três meses, profissional médico e enfermeiro que mais acionou o serviço nos últimos três meses.

3.4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os indivíduos que não se enquadraram nos critérios citados no item 3.4.1 e que estivessem afastados de suas atividades por motivo de férias, licença prêmio, licença gestação ou tratamento de saúde durante o período de coleta de dados.

3.5 ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram analisados com o auxílio do software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Um programa gratuito, livre e ancorado no Software R, que possibilita diferentes tipos de análises estatísticas de textos produzidos. Foi desenvolvido na França e seu uso no Brasil iniciou-se em 2013, representando uma ferramenta inovadora para as pesquisas qualitativas na área da saúde. (LOWEN et al., 2015).

O método de escolha para a análise dos dados é a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), o qual classifica segmentos de texto em função de seus respectivos vocabulários e seu conjunto é dividido conforme a frequência das palavras reduzidas. Dessa forma, obtêm-se classes de Unidade de Contextos Elementares (UCE), que permite aglomerar os vocabulários semelhantes e vocabulários diferentes das UCE de outras classes. (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O processamento de dados permitido pelo *software* viabiliza o aprimoramento das análises, inclusive em grandes volumes de texto. Pode-se utilizar das análises lexicais, sem que se perca o contexto em que a palavra aparece, tornando possível integrar níveis quantitativos e qualitativos na análise, trazendo maior objetividade e avanços às interpretações dos dados de texto. (CAMARGO; JUSTO, 2013, p.516).

O uso do software nas pesquisas qualitativas garante rigor estatístico, permitindo ao pesquisador utilizar diferentes recursos na análise dos dados.

Após o processamento dos dados, os mesmos foram organizados na matriz de informações, que auxiliam na análise, organização e apresentação dos dados. Essa matriz de informações foi elaborada de forma a contemplar os critérios essenciais para acompanhar a implantação do processo de trabalho, os indicadores e os parâmetros que são definidas pelos interessados. (ALVES et al., 2010).

A matriz utilizada foi adaptada de uma tese de doutorado que avaliava o grau de integração da RAS em um município brasileiro (anexo A), assim a adaptação foi feita no sentido de manter somente os dados que contemplam a RUE. Na sua construção, Vieira (2015) elaborou a matriz mediante a definição de categorias de análises, critérios, indicadores e parâmetros para sua formulação e partiu de uma lista ampla de critérios que foram reduzidos a 15 por se mostrarem mais adequados, com base em publicações científicas de avaliação em saúde.

A adaptação da matriz de Vieira (2015) é apresentada na Figura 6.

FIGURA 6: Matriz de análise para avaliar se os critérios de integração da Rede de Atenção à Saúde são citados pelos profissionais

	Critério	Indicador
Organização do Serviço	Funções de cada equipamento na RAS	Profissionais dos diferentes equipamentos conseguem identificar qual é a função/atribuição de cada ponto da RAS
	Organização da porta de entrada pela APS	Profissionais dos serviços de primeiro nível de atenção e do serviço de urgência que consideraram, que <i>Sempre/Na maioria das vezes</i> , aAPS como porta de entrada da RAS
Fluxo	Controle do fluxo para acesso à atenção: urgência e emergência	Prática sistemática de análise dos encaminhamentos para outros serviços
		Organização dos fluxos para atenção nos casos de urgência/emergência.
Comunicação	Transferência de informações sobre o paciente entre os serviços ou profissionais de saúde	Profissionais relatam há troca de informações quando o paciente é referenciado a outros serviços
		Preenchimento de formulários para encaminhamentos a outros serviços

FONTE: adaptado pela autora (2017), a partir de VIERA (2015)

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa está em conformidade com a Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR) com parecer favorável registrado sob número CAE: 33867114.0.0000.0102 (Anexo B) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS Curitiba) sob número CAE: 33867114.0.3001.0101 (Anexo C) .

Todos os participantes receberam explicações sobre o objetivo da pesquisa, sendo-lhes garantido o sigilo, o anonimato e a privacidade, além do esclarecimento quanto à sua participação voluntária e seu direito de se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem sofrer prejuízo ou dano. Após as orientações foi entregue para leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3 e 4).

Destaca-se que o projeto da pesquisa foi apresentado a todos os participantes antes de seu início com a intenção de esclarecer os aspectos da referida pesquisa e firmar a autorização para a coleta de dados.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A seguir serão apresentados os resultados das etapas da pesquisa: dados de caracterização dos participantes; fase exploratória, fase principal da coleta de dados da pesquisa e apresentação da elaboração da Matriz de Integração do SAMU com os componentes da APS e UPA na RUE.

Na Tabela 3 são apresentados os dados dos participantes:

Tabela 3: Dados dos participantes

Sexo	Idade	Formação	Tempo de formado	Pós-graduação	Função	Tempo na função/anos
Feminino	47	Medicina	15	PSF	Assistência	14
Feminino	47	Medicina	15	Geriatria PSF	Assistência	14
Masculino	39	Medicina	16	Pneumologia Clínica Médica	Assistência	9
Feminino	35	Enfermagem	11	PSF	Assistência	8
Feminino	54	Enfermagem	32	PSF	Assistência	20
Feminino	49	Enfermagem	16	PSF Geriatria	Assistência	16
Feminino	36	Enfermagem	12	PSF	Assistência	7
Feminino	56	Medicina	32	Pediatria	Assistência	27
Feminino	58	Enfermagem	10	Urgência e Emergência	Assistência	4
Feminino	36	Enfermagem	10	Obstetrícia	Assistência	6
Feminino	35	Enfermagem	13	Urgência e Emergência	Assistência	3
Feminino	43	Enfermagem	13	Urgência e Emergência	Assistência	3
Feminino	43	Enfermagem	19	Saúde do trabalhador	Assistência	16
Feminino	33	Enfermagem	11	Gestão	Assistência	10
Feminino	39	Enfermagem	10	Saúde do trabalhador	Assistência	8
Feminino	29	Enfermagem	8	Oncologia	Assistência	4
Masculino	58	Medicina	33	Urologia	Assistência	8
Feminino	42	Medicina	14	Ginecologia	Assistência	4
Feminino	36	Enfermagem	13	Urgência e Emergência	Assistência	7
Masculino	52	Medicina	34	CM	Assistência	5
Feminino	32	Medicina	5	Endocrinologia	Assistência	3

Feminino	56	Enfermagem	32	Ginecologia	Assistência	32
Feminino	34	Medicina	9	Ginecologia	Assistência	5
Feminino	52	Medicina	34	PSF	Assistência	21
Masculino	65	Medicina	40	PSF GO Educação	Assistência	30
Feminino	49	Enfermagem	15	Estomaterapia	Assistência	13
Feminino	45	Enfermagem	10	Urgência e Emergência	Assistência	2
Feminino	38	Enfermagem	16	Saúde Coletiva Gestão	Assistência	10
Feminino	36	Enfermagem	12	Saúde do trabalhador	Assistência	10
Feminino	36	Enfermagem	14	Urgência e Emergência Gestão	Assistência	9
Masculino	57	Medicina	34	Urgência e Emergência	Assistência	18
Feminino	36	Enfermagem	8	Saúde Coletiva	Assistência	4
Feminino	39	Enfermagem	18	PSF	Assistência	12
Feminino	29	Enfermagem	9	Urgência e Emergência PSF	Gerencial	1
Feminino	34	Enfermagem	10	Saúde Trabalhador	Gerencial	2
Feminino	39	Enfermagem	11	Saúde do trabalhador	Gerencial	5
Feminino	56	Enfermagem	12	Gestão	Gerencial	9
Feminino	40	Enfermagem	12	Gestão	Gerencial	3
Feminino	43	Enfermagem	12	Urgência e Emergência	Gerencial	3
Feminino	38	Enfermagem	13	Nefrologia	Gerencial	1
Feminino	40	Enfermagem	18	Gestão	Gerencial	2
Feminino	47	Enfermagem	19	Gestão	Gerencial	5
Feminino	55	Enfermagem	25	Mestrado Enfermagem	Gerencial	5
Legenda: PSF – Programa Saúde da Família CM – Central de Materiais GO – Ginecologia e Obstetrícia						

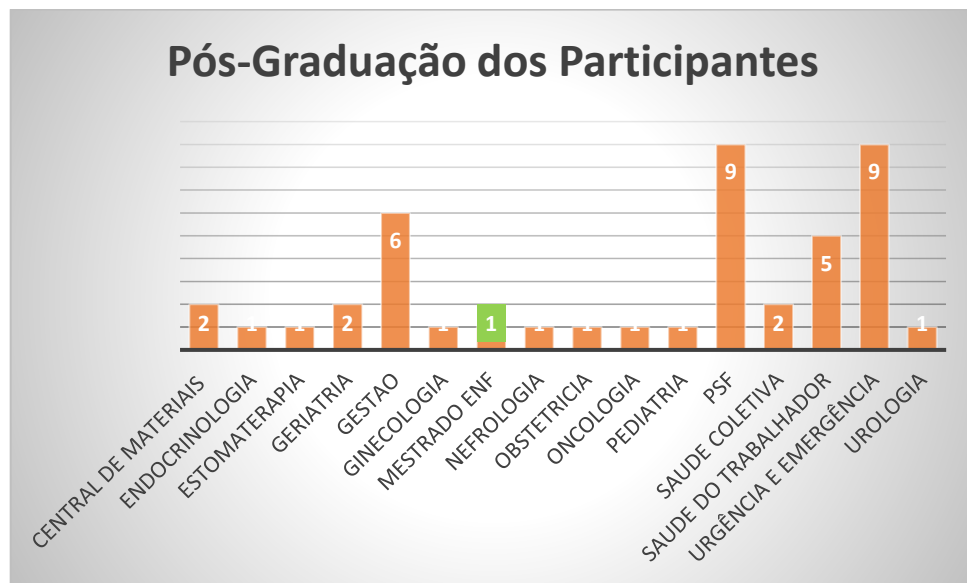
Fonte: a autora (2017)

De uma população de 62 participantes foram entrevistados o total de 43 participantes. Desses, 10 atuavam como gestores e todos eram da categoria enfermeiros; dentre os outros participantes, 33 atuavam na assistência direta aos usuários dos quais eram 11 médicos e 22 enfermeiros. Dos entrevistados, 38 eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino com

faixa etária entre 29 e 65 anos e tempo de término de formação acadêmica entre cinco e 40 anos. O tempo de atuação na assistência dos médicos e enfermeiros variou entre dois e 32 anos e o tempo de quem estava no cargo de gestão ficou entre um e nove anos.

Os participantes relatam ter realizado cursos de pós-graduação em diferentes áreas de conhecimento, conforme ilustrado na Figura 7:

Figura 7 – Tipos de pós-graduação dos participantes



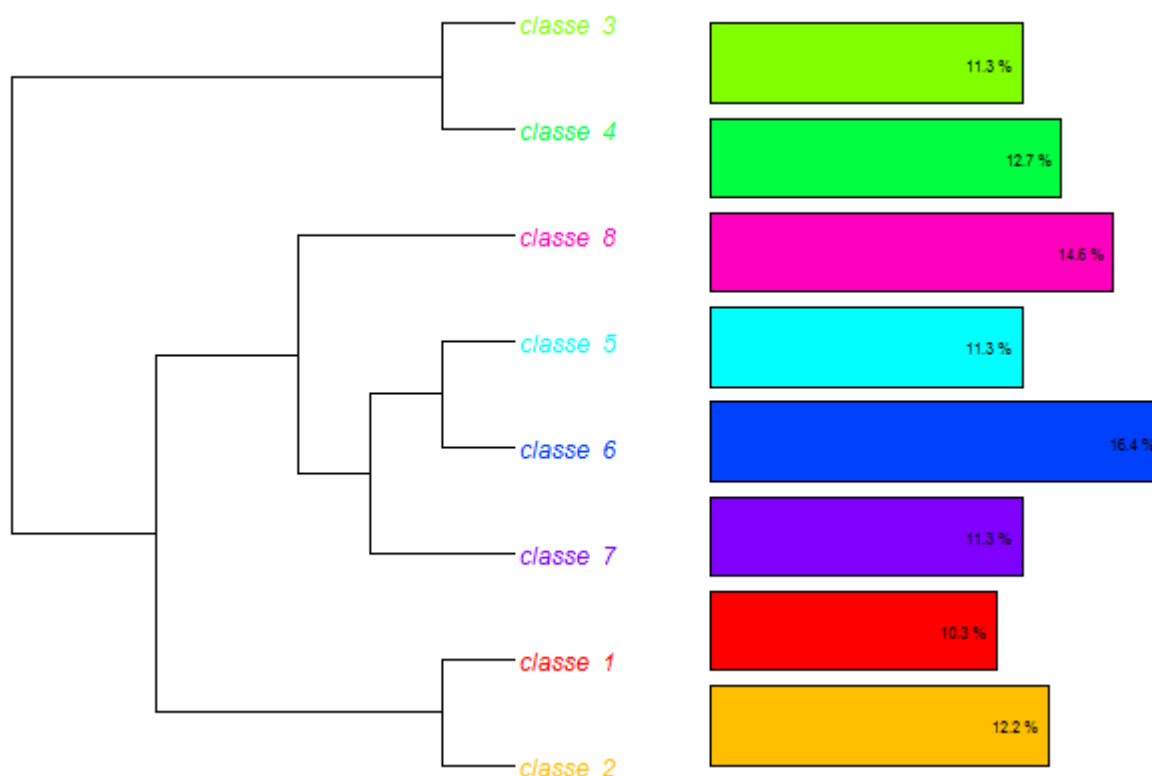
Fonte: a autora (2017)

4.2 RESULTADO DA FASE EXPLORATÓRIA:

4.2.1 Classes originadas nas entrevistas

Foram processados e analisados 43 textos pelo software IRAMUTEQ, dos quais se obtiveram 215 segmentos de texto com aproveitamento de 99,07 %, ou seja, 213 segmentos. Após o dimensionamento dos segmentos de texto, que foram classificados em função dos vocabulários, definiu-se as classes de segmentos de texto. A relação destas classes é ilustrada em um dendograma de classificação hierárquica descendente (CHD), conforme demonstrado na Figura 8.

Figura 8: Dendograma de Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: a autora (2016)

O *corpus* foi dividido em dois *sub-corpus*. De um dos *sub-corpus*, obteve-se duas repartições que originaram as Classes 1 e 2, composta por 21 e 26 UCE, a partir disso, obteve-se a Classe 8, composta por 31 UCE que gerou a Classe 7, com 24 UCE, que se subdividiu originando as Classes 5, com 24 UCE, e Classe 6, com 35 UCE. Do segundo *sub-corpus* obtiveram-se mais duas repartições que originaram as Classes 3, composta com 24 UCE e a Classe 4 com 27 UCE.

A lista de palavras de cada classe foi computada e gerada a partir do teste qui-quadrado (X^2) e a percentagem do conteúdo refere-se à frequência de ocorrência das palavras nos segmentos de texto de uma classe de palavra relacionada à ocorrência no corpus (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O valor teórico corresponde ao que seria esperado encontrar se os resultados observados ocorressem puramente por acaso. Esse valor teórico é chamado valor crítico: se o valor observado é maior que o crítico, conclui-se que a diferença observada não é devida ao acaso e se diz que é estatisticamente significativa. O valor crítico indica o nível de significância do teste, que expressa a probabilidade de que a diferença observada tenha

ocorrido por acaso, visto que, na realidade não existiam diferenças. Usualmente, esta probabilidade é estabelecida em 5% e para um nível de confiança de 95%, o valor crítico do qui-quadrado de acordo com uma tabela de distribuição teórica é 3,84 (OMS, 2010).

O dendograma de palavras é apresentado na Figura 4. Após análise das palavras do dendograma e seus respectivos segmentos de texto as classes receberam um título que condiz com seu conteúdo conforme a Figura 10.

Figura 9: Dendograma das classes – Palavras com $X^2 > 3,84$

Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Classe 7	Classe 8
demora menos telefone aguardando atendimento fácil tivemos tempo casos espera muita liga fica telefônico 192 deveria inicial chama acesso grave via fragilidade medicação	tive vir mesma problemas vem regulador fala equipe depende ir realmente veem sempre UPA pergunta acontece casos relação	risco vida precisa urgência suporte situações acionado critérios torácica transportar quadro horário UBS acionamos atender caso atenção dor clínico serviço emergência	necessidade médico aciona avaliação primeiro dependendo acionamos situação paciente gravidade ver chamar encaminhar estado dados alfa vitais emergências	conhecimento fragilidade pessoal porque entender dificuldades enfermeiro saber outro contato algo fazer	trabalho funciona preparo entender conhecer profissional equipe questão verdade fluxo médicos SAMU integração apoio assistência certo dizer enfermagem UBS melhorar dificuldade boa sempre	dar partir passar atender interação equipes boa fica momento APS lugar conversa continuidade chega informações comunicação atendimento difícil	profissionais todos integrar rede percebo funcionários ambulâncias funcionamento importante serviço estabelecer família medicamentos montar agilidade setores condições sistema resolver recursos

Fonte: a autora (2016)

Figura 10: Títulos das classes

Classe	Nomenclatura	
Classe 3	Critérios utilizados para acionar o SAMU	Percepção da atribuição de cada ponto da RUE
Classe 4		
Classe 1	Percepção da integração	Fortalezas e desafios
Classe 2		
Classe 5	Desafios para melhorar a integração na RUE	Organização do serviço
Classe 6		Fluxos
Classe 8		
Classe 7		Comunicação

Fonte: a autora (2017)

A definição da nomenclatura relacionou-se diretamente com as questões realizadas na fase exploratória. Após essa definição, a interpretação do dendograma mostra que as respostas das questões foram divididas em um grande grupo relacionado à integração, que se dividiu em dois, um relacionado aos fluxos, atrelados à comunicação da função e organização da rede, e o outro, relacionado à percepção da integração da RUE pelas equipes. O outro grupo (*sub-corpus*) relaciona-se aos critérios utilizados para acionar o SAMU. Como essa nomenclatura ficou de acordo com o questionário da autora, preferiu-se segui-la na apresentação dos resultados e discussão que virão na sequência.

A seguir, são apresentados alguns segmentos de texto que subsidiarão a discussão das oito classes a partir das palavras com o χ^2 igual ou superior a 3,84. Os segmentos são apresentados em cada uma das classes conforme ordem dos dados da CHD.

4.2.1.1 Critérios utilizados para acionar o SAMU

Classe 3 – Necessidade de atendimento médico

“Primeiro se não tiver médico na unidade e dependendo da gravidade do paciente, a gente faz a primeira avaliação, dependendo de como estiver o paciente se precisar remover para um serviço de maior complexidade e a gente não tiver o médico para avaliar e não tiver condição do paciente de ser removido a gente aciona, mas geralmente a gente tem o médico aqui, daí passa primeiro para uma avaliação com o médico daqui”.(Num 1)

“Em tese deveriam acionar o SAMU em questão de urgência e emergência, mas acaba interferindo outras condições, por exemplo: o fechamento das unidades de saúde horário de funcionamento que eles acabam acionando para o transportar para as UPAS”.(Num 38)

“Primeiro após verificação dos dados vitais, verificar se há mesmo a necessidade a gente aciona, por exemplo: com médico na unidade de saúde, a partir da avaliação do dele que identifique que existe mesmo a necessidade de chamar o SAMU daí é acionado e quando não há o médico é chamado quando percebemos que o paciente está em ausência dos sinais vitais”.(Num 16)

“Nós acionamos o SAMU para o transporte do paciente que vai internar até o hospital onde está a vaga, chamamos pra transportar o paciente que não pode ir com a ambulância branca, que precisa de oxigênio que muitas vezes não tem na branca, mas o geral seria chamar para levar o paciente para fazer uma tomografia raio-x”.(Num 42)

Classe 4– Necessidade de intervenção de maior complexidade

“Se for uma alfa tem que ter um enfermeiro e um médico, dependendo do grau de gravidade do paciente, mas para transferência”.(Num 41)

“Os critérios são avaliados pelo médico, então ele faz o que pode fazer aqui os procedimentos que podem ser feitos aqui, e aqueles que não podem ser feitos aqui é acionado o SAMU para levar para a UPA”.(Num 22)

“Somente na urgência e emergência, ou na falta do médico, ou quando o médico está na unidade e ele percebe a necessidade de um cuidado maior”.(Num 10)

“Quando tem pacientes que ultrapassam a nossa capacidade de resolução dos problemas quando é uma emergência, porque a nossa unidade não é uma unidade preparada para receber uma emergência, é uma unidade mais para acompanhamento de pacientes crônicos, doenças crônicas, então quando é uma emergência a gente chama o SAMU”. (Num 12)

4.2.1.2 Percepção da integração

Classe 1 - Desafios

“Ultimamente está sendo a questão do telefone, muita demora no atendimento telefônico do SAMU. Tivemos um caso há um mês atrás que a criança broncoaspirou um pedaço de bolacha e nós demoramos uma hora para conseguir falar com o SAMU. Percebi que em outras unidades que eu trabalhei que a equipe da unidade tem certo receio do SAMU, mas a verdade é que o SAMU não sabe que certas coisas, então vi que sim a enfermagem tem que ter um pelo menos, esperando a equipe para uma maior facilidade do trabalho.” (Num 11)

“Talvez seria o tempo de espera, às vezes temos que retornar a ligação pra ver o porquê está demorando e o paciente não pode esperar muito então acho que mais ou menos é isso, mas eu entendo também que é por falta de pessoal, então não vejo como algo pessoal, acho que a fragilidade poderia ser isso”.(Num 19)

“Fragilidade seria demora no atendimento, demora da ambulância, quando é um caso mesmo de urgência, que nós falamos que não tem médico na unidade o atendimento deveria ser mais rápido e às vezes demora assim mesmo, quando dissemos que não tem médico aqui vem a equipe daí eles veem que realmente precisa de um médico daí é solicitado uma nova ambulância para trazer o médico sendo que já poderia vir junto gerando assim que a espera seja maior”. (Num 30)

“Falta de comunicação via telefone, a gente deveria na unidade ter um acesso mais fácil com o SAMU, direto e não só pela rede 192 normal que todos os usuários do município utilizam. O prontuário também, então às vezes a gente não sabe para onde o usuário foi, se por acaso a família vem depois. Se chega uma crise convulsiva sem família é encaminhado e a gente não sabe depois em qual unidade ele está, então a comunicação é falha”.(Num 36)

Classe 2 - Fortalezas

“Acho que a integração é boa, tivemos um caso em que estávamos sem médico, mas a médica reguladora do SAMU nos deu um suporte enorme, foi bem bacana”. (Num 30)

“Depende da equipe, tem equipe quem vem conversa normal, mas tem equipe que é restrita, mal responde não, sim, não fala quase nada, não pergunta nada, só pega o paciente vai embora e pronto não tem comunicação nenhuma”. (Num 26)

“Nunca tive problemas, sempre que chamei eles sempre vieram, tem o médico regulador que sempre pergunta e temos que passar o caso, senão não vem”. (Num 36)

“Ainda há uma dicotomia mais isso em relação aos funcionários não em relações às condições estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde. No caso quando você tem um paciente dentro da unidade e que você usou tudo que estava a disposição equipamento, medicamento em que você acaba estabilizando naquele momento o paciente muitas das vezes os profissionais do SAMU chegam e questionam a equipe da atenção primária que foi chamado é que não era emergência, mas a estabilidade foi adquirida a poucos minutos, isso não quer dizer que não precise fazer uma investigação de um nível emergencial e mais rápido”. (Num 37)

4.2.1.3 Desafios para melhorar a comunicação na RUE

Classe 5 – Função de cada ponto da RUE

“Talvez para ter conhecimento e também na conversa quando é acionado o SAMU isso tem que ter uma comunicação mais clara. A gente entende também das dificuldades que eles possam ter, mas acho que falta um pouco disso”. (Num 6)

“As fragilidades é isso, a falta de interação da partes deles, eles não se colocam no lugar da gente aqui, a limitação que temos aqui de infraestrutura limitada e digo que a relação não é boa”. (Num 23)

“Fragilidade eu acho que é médica mesmo, porque ocorreu uma emergência e médico da unidade se recusou a administrar o medicamento dizendo que era para esperar o médico do SAMU chegar. Então vejo que médico tem essa dificuldade de atendimento de urgência e emergência”. (Num 10)

“A questão profissional mesmo, onde o pessoal do SAMU é mais orgulhoso do que o pessoal que está aqui na unidade e isso não é verdade porque eu já trabalhei dos dois lados e claro que cada equipe tem o seu preparo, claro que eles irão ter preparo melhor na questão urgência e emergência, mas a equipe que está aqui também tem o seu valor e às vezes eles se sentem melhores que a gente. (Num 13)

Classe 6 – Organização do serviço

“A falta de conhecimento, para que serve cada unidade e a integração acho que fazer isso com 3 serviços seria muito bom hoje não se tem isso, porque hoje nós trabalhamos separadamente ninguém sabe do setor do outro”. (Num 40)

“Muitas fragilidades, primeiro falta de entendimento da UPA E SAMU, do que dá para fazer dentro de uma unidade básica, a gente não pode resolver tudo que eles acham que nós podemos, porque não temos todos os recursos, o que podemos fazer e no máximo estabelecer o paciente para que possam buscar e às vezes eles não dão a devida atenção na gravidade que esse paciente tem”.(Num 20)

“Fragilidade de conhecimento, por muitas vezes a equipe da unidade não tem o conhecimento que a equipe do SAMU tem. Eu por ter sido de UPA, eu vejo que pessoal do SAMU tem muito mais treinamento, é nós aqui da unidade não recebemos o mesmo tipo de treinamento e tratamento perante aos gestores assim de atualização”.(Num 02)

“A fragilidade ainda e nesse departamento diferentes e não uma rede. Entendo que é dos profissionais por que a partir do momento que você entende que é equipe de saúde a integração e a continuidade do atendimento ela tem que se dar da melhor forma, ela tem que se dar desde atenção primária até o atendimento do SAMU até a UPA ou direto no hospital, acho que ainda mais aos que compõem esses departamentos. Hoje a gente tem a descrição de que cada um tem o que fazer, porém um fluxo que agilize isso e que equalize entre todos os profissionais ainda a gente não tem. A gente sabe que chamando o SAMU ele vem, mais no meio desse percurso da interação do SAMU com a Equipe da Unidade ainda pode melhorar”.(Num 37)

Classe 7 – Comunicação

“Um canal de acesso mais fácil que a gente possa talvez, pelo menos o primeiro atendimento ser rápido, não pelo 192 que a gente fica aguardando ouvindo música, que isso também tenha um registro no sistema, que a gente possa saber para qual serviço o paciente foi, onde ele está, o que aconteceu, se piorou ou melhorou”.(Num 36)

“Tentar promover mais reuniões de grupo, montar grupos de padronização de protocolos, para tentar integrar esses três setores. Eu por exemplo nunca participei de nenhuma reunião coletiva com todos os setores, e quando a gente entre nem isso e explicado o que cada setor faz e representa. E não temos essa integração”.(Num 36)

“Muitos médicos que trabalham na ambulância e das unidades deveriam ter acessos a cursos para essa continuidade médica, curso de urgência e emergência. Percebo às vezes que em meio de tudo isso, médicos crus e com pouco experiência”.(Num 27)

“Acho que o SAMU nesta questão acaba ficando muito isolado das unidades a gente não tem integração nem com os funcionários nem em questão de treinamento e acaba ficando isolado

de todo mundo. Talvez se tivesse treinamentos em conjuntos os profissionais da emergência poderiam acrescentar algo para os funcionários da unidade”.(Num 39)

Classe 8 - Fluxos

“Mais encontros e reuniões conjuntas para o compartilhar de conhecimento”.(Num 8)

“Contrarreferência de saber para onde no meio do caminho esse paciente vai”.(Num 22)

“Teria que fazer um treinamento para ter conhecimento do que nós vivemos aqui na unidade, e se nós chamamos que porque precisamos. Serem cordiais, não e para nós, é para o próprio paciente, eles subestimam a nossa competência”.(Num 28)

“Talvez estabelecer o fluxo da passagem do paciente para o profissional da equipe, hoje quando o SAMU chega para uma unidade básica ele vai lá vai pegar o paciente, raramente ele conversa com os profissionais que o atenderam, assim também quando ele entrega na UPA, raramente é repassado para o profissional que tem que dar conta do paciente naquele momento, talvez pelo tempo. Esse tempo que o SAMU não tem essa conversa e entrega esse paciente ao determinado local sem dizer como que está todo o histórico dele desde a unidade de saúde, esse tempo ocorre em investigação posterior pelo próprio profissional da UPA, quando ele já podia ter adiantado tudo isso”. (Num 37)

4.2.1.4 Apresentação da matriz que mostra a quantidade de menções sobre os critérios relacionados à integração da RAS pelos entrevistados.

Após a transcrição dos dados das entrevistas, todas as respostas foram avaliadas e relacionadas na matriz que traz a quantidade de menções sobre os critérios relacionados à integração da RAS pelos entrevistados, conforme apresentado na Figura 11.

FIGURA 11: Matriz que demonstra a quantidade de menções sobre os critérios relacionados à integração da RAS pelos entrevistados

	Critério	Indicador	Menções às questões							
			Quest 2		Quest 3		Quest 4		Quest 5	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Organização do Serviço	Funções de cada equipamento na RAS	Profissionais dos diferentes equipamentos conseguem identificar qual é a função/atribuição de cada ponto da RAS			12	27%	15	34%	6	13%

	Organização da porta de entrada pela APS	Profissionais dos serviços de primeiro nível de atenção e do serviço de urgência que consideraram, que <i>Sempre/Na maioria das vezes</i> , aAPS como porta de entrada da RAS	1	2%			2	4%		
Fluxo	Controle do fluxo de acesso à atenção: urgência e emergência	Prática sistemática de análise dos encaminhamentos para outros serviços	1	2%			2	4%	1	2%
		Organização dos fluxos para atenção nos casos de urgência/emergência.	2	4%			7	16%	1	2%
Comunicação	Transferência de informações sobre o paciente entre os serviços ou profissionais de saúde	Profissionais relatam há troca de informações quando o paciente é referenciado a outros serviços	2	4%	7	16%	2		1	2%
		Preenchimento de formulários para encaminhamentos a outros serviços			2	4%	5	12%		

FONTE: adaptado pela autora de Vieira (2015)

4.3 RESULTADO DOS SEMINÁRIOS

A seguir serão apresentados os resultados dos seminários e as atividades realizadas.

Figura 12: Atividades dos seminários

Seminário	Duração	Número de Participantes	Atividades
Seminário 1	1h50	10	Apresentação do projeto; Apresentação dos dados da entrevistas, com leitura das principais respostas; Explicação do uso do software Iramuteq; Apresentação do dendograma; Discussão sobre as respostas com fundamentação teórica; Apresentação da matriz de análise pré-elaborada
Seminário 2	1h30	9	Reelaboração da matriz de análise, discussão e validação da diretriz de integração para RUE

Fonte: a autora (2017)

No primeiro seminário houve a explicação da pesquisa, apresentação dos dados das entrevistas, explicação sobre o software Iramuteq, apresentação do dendograma de classes e da matriz que mostra a quantidade de menções sobre os critérios relacionados à integração da RAS pelos entrevistados. No final do seminário foi entregue para cada participante uma proposta de diretriz para que fosse analisada até o próximo seminário.

No segundo seminário houve a construção coletiva da diretriz, com sugestões, adequações para melhoria da integração baseado na proposta da matriz adaptada para RUE.

4.3.1 ELABORAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL PARA A INTEGRAÇÃO ENTRE SAMU APS E UPA

Diretriz de integração da Rede de Atenção à Saúde – RUE

Objetivo: Melhorar a qualidade dos processos de organização dos serviços e da eficácia da comunicação instituída entre as pessoas no interior do sistema.

	Critério	Descrição	Ação	Indicador para monitoramento
I N T E G R A Ç Ã O	Organização do Serviço	Funções de cada equipamento na RAS	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgar entre as equipes o papel de cada ponto da RUE com detalhamento dos profissionais que atuam em cada local, da infraestrutura existente, da capacidade de atendimento, do processo de trabalho - Disponibilizar material no site da SMS - Matriciar para APS com a finalidade de aumentar a resolutividade 	Número de profissionais dos diferentes equipamentos que conseguem identificar qual é a função/atribuição de cada ponto da RAS
		Organização da porta de entrada pela APS	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular o acolhimento na APS às demandas agudas - Capacitar das equipes para atendimento nas situações de Urgência e Emergência - Verificar possibilidade de canal direto na Central 192 	Número de profissionais dos serviços de primeiro nível de atenção e do serviço de urgência que consideraram a APS como porta de entrada da RAS
	Fluxo	Controle do fluxo para acesso à atenção: urgência e emergência	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer uma prática sistemática de encaminhamentos para serviços de Urgência e Emergência - Organizar junto as equipes um fluxo para encaminhamento nos casos de urgência e emergência 	Quantidade de encaminhamentos, dentro dos fluxos corretos para serviços de urgência e emergência
	Comunicação	Transferência de informações sobre o paciente entre os serviços ou profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Repassar o máximo de informações completas e fidedignas sobre os pacientes - Reforçar com as equipes sobre o preenchimento dos encaminhamentos e repasse de informações e dados entre os serviços. 	<p>Quantidade de profissionais que relatam troca de informações quando o paciente é referenciado a outros serviços</p> <p>Formulários de encaminhamento preenchidos corretamente</p>

Fonte: elaborado pelos participantes (2016).

4.3.2 RECOMENDAÇÕES

Recomendações

1. Para favorecer a integração: o fortalecimento do primeiro nível de atenção para a coordenação do cuidado, a organização dos fluxos para a atenção à saúde, o aprimoramento e a implementação de mecanismos de integração e a garantia de acesso à atenção especializada e hospitalar, no qual cada um reconhece o seu papel e a atividade a ser desempenhada;
2. Para fortalecer a APS: o matriciamento das equipes na RUE com o objetivo organizar o processo de trabalho e aumentar a resolutividade nesse primeiro nível de atenção;
3. Estabelecimento de fluxos: auxilia integra os pontos da RUE, minimiza desgaste entre profissionais e melhora o atendimento ao usuário;
4. Elaboração e instituição de protocolos assistenciais, clínicos ou linhas-guia: representa uma importante estratégia para a garantia de uma atenção integrada;
5. Implantação de sistemas de referência e contrarreferência: proporciona melhora da comunicação ao repassar informações mais completas;
6. Prática do preenchimento correto de formulários já existentes: dá credibilidade às informações repassadas, evita procedimentos repetitivos, aponta indicadores para monitoramento das ações;
7. Monitoramento periódico: poderá ser realizado junto com o plano operacional anual – POA atualmente feito a cada 4 meses.

Fonte: elaborado pelos participantes (2016).

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo, com base na literatura, são discutidos os resultados da pesquisa a fim de atender os objetivos de descrever a integração entre a APS, SAMU e UPA. A partir desta discussão, elaborou-se uma matriz que incorpora estratégias viáveis para fortalecer essa integração com vistas à melhoria da organização do serviço.

A sequência do capítulo está organizada conforme apresentado nos resultados: caracterização dos participantes, classes originadas nas entrevistas (critérios utilizados para acionar o SAMU, percepção da integração e desafios para melhorar a integração na RUE), apresentação da matriz que mostra a quantidade de menções sobre os critérios relacionados à integração da RAS pelos entrevistados e diretriz de integração da rede de atenção à saúde - RUE.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os resultados demonstram uma representatividade maior de profissionais do sexo feminino principalmente entre os enfermeiros, que pode ser confirmada por pesquisa realizada pelo COFEN em 2013, que demonstrou que no Paraná 88% dos profissionais enfermeiros são do sexo feminino. (COFEN, 2013). Em relação à qualificação profissional, todos possuíam no mínimo uma pós-graduação, a maioria na área da Atenção Primária à Saúde e Gestão, corroborando com Costa et al. (2013), quando afirmam que a maioria dos profissionais foram capacitados para as atividades vinculadas aos SUS.

Destaca-se o tempo de formação dos participantes, todos com tempo de formação acadêmica superior a cinco anos, chegando até 40 anos de formados, o que demonstra tempo de experiência de trabalho. Evidencia-se também o tempo de atuação dos profissionais na assistência representado por 25 de 33 participantes acima de cinco anos, o que sugere maior experiência profissional e vínculo com a população atendida e que esse tempo de permanência no local de trabalho está relacionado à estabilidade que o serviço público oferece. Ribeiro e Mancebo (2013) reafirmam isso, colocando que diante da crise do mundo capitalista e da falta de mercado de trabalho para os profissionais disponíveis, os servidores públicos

encontram em seus serviços garantia de estabilidade, caracterizada pela baixa rotatividade de servidores nesses serviços.

5.2 DISCUSSÃO DA FASE EXPLORATÓRIA

Num primeiro momento, o corpus da pesquisa foi dividido em dois *sub-corpus*: a classe 3 e 4 relacionadas aos critérios para acionar o SAMU e as demais classes (classes: 1, 2, 5, 6, 7 e 8) relacionadas à integração da RUE. A parte do dendograma relacionada à integração da RUE subdividiu-se em: percepção da integração (classes 1 e 2) e os desafios para melhorar a integração na RUE, no qual as classes 5 e 6 relacionam-se à organização do serviço, a classe 8 aos fluxos, e a classe 7 à comunicação na RUE.

A seguir será apresentada a discussão das classes, com a nomenclatura que segue a mesma sequência apresentada nos resultados.

5.2.1 Critérios utilizados para acionar o SAMU

Aqui são apresentadas as classes 3 e 4, que se interligam pois estão relacionadas aos critérios utilizados para acionar o SAMU. A classe 3 relaciona-se ao risco que o usuário está exposto na unidade, seja situação aguda, seja na falta de profissional médico para atendimento; já a classe 4 descreve sobre a necessidade de atendimento em unidade de estabilização mais avançada. As palavras da classe 3 com o X^2 maior foram: risco, vida, precisa, urgência e suporte, já as palavras da classe 4 foram: necessidade, médico, aciona, avaliação, primeiro.

O critério para acionar o SAMU pelos profissionais da APS é a necessidade de encaminhar um usuário que necessite de cuidados médicos, conforme a gravidade da situação, como de risco de morte, urgências médicas e ocasiões que precisam de um suporte de atenção com profissionais preparados. Já na UPA, os profissionais acionam o SAMU para fazer transporte dos usuários para internamento e exames após sua estabilização e na falta de ambulância comum.

Fica claro nas falas, principalmente dos profissionais da APS, que eles acionam o SAMU por entender que é papel deles atender esse tipo de situação ou providenciar o transporte para alguém que seja o responsável. Em sua pesquisa, Rocha (2009)

coloca que os profissionais da APS acionam o SAMU em situações que o usuário apresenta um quadro instável e sob risco de morte e, por esse motivo, necessita de uma assistência tecnológica mais avançada, não disponível na APS. Essa tecnologia mais complexa é necessária para a resolutividade do problema de urgência/emergência do usuário, pois em situações menos graves, de acordo com os entrevistados, poderia ser usado o transporte sanitário.

Essa afirmação de que assistência tecnológica mais avançada está relacionada ao tipo de recurso disponibilizado nas unidades para atendimento às emergências, no qual por ser material pouco utilizado na APS, não possuem investimentos maiores, a prioridade é manter os serviços especializados com recursos mais complexos. O mesmo acontece com a capacitação para os profissionais, geralmente as equipes da RUE da UPA e do SAMU recebem treinamentos constantes para as ações estarem sempre alinhadas e adequadas reconhecendo também que com a prática constante do atendimento de urgência e emergência faz com que as equipes prestem o atendimento de forma mais resolutiva e com qualidade.

Rocha (2009), em seu trabalho, relata que o argumento das equipes da APS para acionar o serviço relaciona-se ao reconhecimento de que as equipes do SAMU possuem melhor preparo profissional para atender as urgências, apesar dessas equipes não consentirem essa solicitação, identificando como sendo transferência de responsabilidade sem relação com critérios clínicos.

Nos resultados também apareceu a fala de que o SAMU é acionado como garantia de atendimento aos usuários, pois muitas unidades da APS não dispunham de médico em tempo integral em que a unidade está aberta, seja por estar aguardando lotação profissional ou por afastamentos legais.

Vários segmentos de textos confirmam que acionam o SAMU em decorrência do atual quadro de recursos humanos corroborando com a afirmação de O'dwyer (2013) sobre a função do SAMU na APS, o qual afirma que esse serviço vem suprir ausências estruturais, prestando o atendimento médico dentro das unidades.

Em relação a acionar o serviço quando a capacidade de resolução extrapola a capacidade da APS, Velloso (2011) coloca que a prática se relaciona a uma garantia de atendimento heroico, já que o SAMU representa um elo entre os serviços da RUE e o acesso dos serviços de maior complexidade, além de garantir a sobrevivência dos usuários atendidos.

O SAMU é acionado por duas demandas principais, primeiro aos que necessitam de suporte de vida avançado e segundo aos que precisam de uma intervenção clínica não atendida pela APS, o que ocorre geralmente por falta de recursos disponíveis. (O'DWYER, 2009).

Por atuar com linhas de cuidado, principalmente a cardiovascular e cerebral, as equipes da APS devem trabalhar na RUE proporcionando o encaminhamento correto dos usuários que são diagnosticados com algum dos agravos relacionados a essas linhas. Os usuários são encaminhados para locais de referências para tratamentos imediatos e especializados como hospitais cardiológicos ou intervenções com antitrombolíticos em tempo hábil.

Em outra pesquisa, O'dwyer (2013) identificou que o SAMU atendeu a demandas típicas de atendimento ambulatorial no estado do Rio de Janeiro, decorrentes da baixa cobertura de ESF na APS ou da ruptura de continuidade de atendimento na APS, cabendo ao SAMU a resposta compensatória. Granja (2013) aponta que os serviços de urgência poderiam estar cumprindo o seu papel no escoamento de demandas reprimidas não satisfeitas nas unidades básicas.

Muitas das falas colocam que acionam o SAMU para atender às necessidades dos usuários que não representam emergências, mas que precisam de atendimento médico e meios para se deslocar, assim, utilizam como forma de garantir o atendimento médico que poderia ser ofertado na própria APS. Em sua pesquisa, Almeida (2016) demonstrou que no município de Botucatu, em seis meses de atendimento, 66% das solicitações de atendimento foram originadas da APS.

Esta pesquisa também identificou que os profissionais da UPA acionam o serviço somente para transporte dos usuários, seja para realizar exames ou para transferências. Araújo (2011) já colocou sobre o assunto e identificou que os profissionais da UPA entendem o SAMU como serviço de transporte de casos de urgência e emergência, para ações rápidas, transporte de casos graves e resgate.

5.2.2 Percepção da integração

A percepção da integração da APS com o SAMU pode ser descrita na **Classe 1** como os desafios a serem superados, no qual são citados: a demora no atendimento telefônico, a falta de conhecimento sobre o papel de cada ponto da RUE, o tempo que a ambulância leva para atender a ocorrência.

A demora do contato telefônico inicial é decorrente de ser exclusiva da linha 192, vários discursos trazem que as unidades deveriam ter um número específico para agilizar o atendimento. Porém, isso não é possível, pois há um número único e todos os chamados entram no mesmo fluxo, independente de quem acionou, se a comunidade ou alguma unidade da RUE. A centralização desse atendimento se deve ao fato de que todas as ligações devem ser atendidas por profissionais capacitados da regulação que realizam perguntas-chaves que ajudam no diagnóstico, pois muitas vezes, mesmo o profissional de saúde não repassa os dados necessários de imediato. (FERNANDES, et al., 2014).

Os discursos trazidos pelos participantes se relacionam em entender a função e a organização da RUE como foi evidenciado pelas falas sobre não saber quais os recursos materiais e profissionais cada local possui. Os profissionais da APS também não sabem como o SAMU trabalha, quais os critérios utilizados para enviar as viaturas. Já os profissionais do SAMU não sabem quais os recursos das unidades e a capacitação que a equipe possui para atender situações de urgência e emergência.

A falta de conhecimento sobre os diferentes serviços dos pontos da rede é um dos fatores que contribui para a fragmentação do sistema. Isso pode causar uma falta de respeito multilateral com prejuízo do trabalho das equipes, transformando-se em desavenças. (VELLOSO, 2011).

Os profissionais entendem a integração como obrigação do outro serviço, sem aceitar a situação clínica que ele precisa resolver. Mas isso nem sempre é fácil, pois não está claro quais as situações que deveriam estar em um serviço ou em outro. (DA ROS, 2015).

A relação entre as equipes está apresentada na **Classe 2**, ao abordar que a integração depende mais da equipe que atende. Esta forma de perceber a integração relaciona-se aos funcionários que estão atendendo e a sua abertura em se integrar com as outras equipes.

Em duas falas dos participantes surgiu a relação de poder entre as equipes, colocando que a equipe do SAMU acredita estar em um nível hierárquico melhor em relação aos profissionais da APS. Velloso (2011) diz que o poder gira em torno das circunstâncias e os profissionais do SAMU sentem-se valorizados por deter o poder de decisão sobre o que fazer, quando fazer, com que recursos e para onde encaminhar.

Os profissionais da APS transferem a responsabilidade de atendimento às urgências para as equipes do SAMU ou UPA, utilizando como justificativa o despreparo profissional e as estrutura física e recursos materiais inadequados. Já o SAMU, por ter critérios específicos para atendimentos, permite a recusa em atender certas situações da APS, gerando conflitos entre as equipes. (ARAÚJO, 2011).

Não foram observados números elevados de respostas referentes aos desafios a serem superados na integração desses serviços. O que ocorre é que os profissionais acabam trabalhando a sua rotina e não se identificam como parte da rede, fazendo apenas uma parte do serviço, sem considerar a integralidade do usuário a ser atendido.

Em sua pesquisa, Ortiga (2016) constatou que os diversos pontos da RAS também acionam o SAMU são acionadas por ele, no entanto, muitas vezes, isso ocorre de maneira conflituosa, o que gera estresse. Assim, coloca-se que o ordenamento da urgência pelo SAMU necessita efetiva integração com os serviços de saúde, e que vem ocorrendo de forma desigual entre as centrais.

A integração entre os profissionais da RUE está diretamente relacionada a experiências pessoais ao contato entre eles, seja por trabalhos comuns em outros locais ou mesmo na rede, como quando o profissional já atuou na APS, no SAMU ou na UPA.

Muitos problemas de integração são solucionados devido a uma relação interpessoal prévia, facilitando o acesso do usuário atendido pelo SAMU, ou seja, as interações entre equipes são fortemente marcadas por relações pessoais anteriores. (LIMA, 2010). O relato de um participante que teve um momento de capacitação com profissionais da APS, mesmo não proporcionado pelo serviço, trouxe a troca de experiências entre esses dois pontos e permitiu um avanço na integração. Principalmente nesse momento houve troca de informações sobre como funcionam os atendimentos e os recursos disponíveis nos locais. Esse relato termina ao dizer

que o atendimento em conjunto nas unidades da APS desses profissionais melhorou inclusive o relacionamento interpessoal das equipes.

5.2.3 Desafios para melhorar a integração na RUE

As sugestões para melhorar a integração na RUE, que foram mencionadas nos discursos, estão relacionadas à organização da RAS, aos fluxos e à comunicação. No capítulo anterior os resultados foram apresentados pelas classes 5, 6, 7 e 8.

A organização da RAS está presente na **Classe 5**, que se relaciona com a fragilidade da equipe em entender o papel de cada ponto da RAS, e na **Classe 6** com a forma como a RAS está organizada. Os serviços trabalham de maneira isolada, cada local faz o seu serviço sem se importar com a integração e a integralidade dos cuidados ao usuário.

As palavras com os maiores X^2 da **Classe 6**, a que representa 16,4%, ou seja, a maior classe, foram: *trabalho, funciona, preparo, entender, conhecer, profissional*. Dessa forma, fica clara a necessidade de os profissionais entenderem a RUE e saberem o papel de cada ponto dentro dela.

Muitos profissionais da APS sentem-se limitados, tanto por recursos humanos e materiais, quanto pela falta de empoderamento na decisão da ação, sentindo-se por vezes inferiorizados no atendimento das urgências e emergências. Rocha (2009) já explicou em sua pesquisa que a falta de capacitação das equipes no atendimento, somada à falta de recursos, faz com que os profissionais da APS, ao se depararem com uma situação de emergência, por insegurança, tenham o impulso de solicitar apoio a equipamentos mais complexos, mesmo antes de avaliar a realidade do quadro.

A **classe 7** apresenta sugestões para melhorar a integração, trabalhando a comunicação e o estabelecimento de fluxos e a divulgação da organização da RUE.

A comunicação deve ser trabalhada com o objetivo de fortalecer e ajudar a instituir novos parâmetros para a produção de cuidados, relacionada à racionalidade comunicativa, e não instrumental, a ser posta em ação, do planejamento à realização do cuidado. Quando se refere ao processo comunicacional, Deslandes (2009) coloca que a comunicação se relaciona com a produção de entendimento por meio de diálogos, dos atos de fala cotidiana que acontecem nas relações interpessoais, sendo

essa uma competência estratégica para a produção do cuidado e gestão em saúde na qual os diferentes atores possam se reconhecer e se implicar. Para melhorar a integração é importante também que as equipes conheçam a situação atual de cada ponto, se há déficits de recursos materiais ou humanos, qual a dinâmica de funcionamento e os fluxos das unidades e como as diretrizes se estabelecem entre os serviços.

A organização dos fluxos para a atenção à saúde é necessária à integração da RAS, pois sua falta pode ocasionar problemas em sua articulação (ALMEIDA et al., 2010; MENDES, 2011; OPAS, 2010).

As formas com que se organizam os fluxos dentro dos pontos da rede refletem diretamente os processos de mudanças estruturados para a conformação de uma rede considerada eficaz. O serviço de atendimento de emergência acontece em tempo real, quando a oportunidade é fundamental para o sucesso do atendimento; assim, a implantação de fluxos de trabalho tem recebido considerável atenção na área da saúde para a automação de processos intra e interorganizacionais. (ANTONIACCI, et al., 2013).

Pizzolato (2015) evidenciou em seu trabalho a necessidade de construir um instrumento de coleta de dados com informações da situação problema dos usuários no atendimento pré-hospitalar, colocando como sugestão a implantação desse registro em prontuário eletrônico. Dessa forma poderá disponibilizar mais um instrumento de comunicação na RUE.

Outro fator de grande importância para a integração entre os diferentes níveis de atenção são os mecanismos de referência e contrarreferência. Almeida *et al.* (2013) colocam que as informações prestadas pela equipe APS aos outros componentes da RUE e vice-versa são fundamentais na adequação do plano de tratamento às necessidades do usuário. Vieira (2015) encontrou em seu estudo apenas 60% dos formulários de encaminhamentos da RAS completamente preenchidos, ressaltando que não foi avaliada a consistência das informações, somente o preenchimento dos campos solicitados.

A capacitação na função não tem sido priorizada, visto que O'dwyer (2013) já levantou essa problemática em sua pesquisa, identificando a deficiência de conhecimento técnico dos profissionais. A sugestão de capacitações conjuntas das equipes APS, SAMU e UPA são apresentadas na Classe 8, como proposta de trocas

de experiências e mesmo a vivência em outras realidades de trabalho. (DA ROS, 2015).

Esse tipo de troca de experiências em conjunto é relatada por Brink, Pattersson e Sernet (2012) em pesquisa feita na Suécia realizando reuniões de discussão entre os profissionais de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, comprovando que o compartilhamento de experiências promove entre os colegas de equipe o desenvolvimento pessoal e profissional, o que aumenta o compromisso com as equipes e com o usuário.

O SAMU, como regulador da demanda da APS para garantir o atendimento adequado no momento oportuno, representa o esforço em trabalhar em rede integrada, assim o relacionamento entre os pontos da RUE é condição necessária para garantir a qualidade desse atendimento. (MARQUES, LIMA E CICONETT, 2011).

A integração dos serviços é necessária, visando melhorar a qualidade e a segurança dos serviços em saúde, englobando pontos essenciais da assistência à saúde, desde equipamentos e tecnologia às decisões clínicas, processos e fluxos de trabalho na busca de um único processo. (MATHEWS, 2011). Silva (2012) explica que a integração da saúde, por meio da RAS, é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde e tem grande importância na superação de lacunas assistenciais e racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis.

5.2.4 Apresentação da matriz que mostra a quantidade de menções sobre os critérios relacionados à integração da RAS pelos entrevistados

Na matriz adaptada para avaliar se os critérios da RUE aparecem no discurso, pode-se verificar que as falas das entrevistas sempre estavam relacionadas aos critérios de organização do serviço, fluxo e comunicação, propostos por Vieira (2015).

O critério mais citado pelos participantes refere-se ao desafio para melhorar a integração suprimindo a falta de conhecimentos sobre como é a organização dos serviços. A capacitação em conjunto com os servidores é uma demanda solicitada para que todos os componentes possam trocar experiências e entender o funcionamento de cada ponto da rede.

Capacitações isoladas nos pontos das redes não são suficientes para garantir a integração, pois cada um pode estar fazendo sua parte na assistência, sem considerar o real significado de integralidade na rede. Azevedo et al. (2010) colocam que somente a organização da rede de atenção à saúde não é suficiente se não estiver funcionando de forma articulada, efetiva e eficiente em seus diversos serviços, com o objetivo de atender de modo integral ao usuário exposto a uma situação de risco.

5.3 RESULTADOS DOS SEMINÁRIOS

A partir da trajetória metodológica composta pelos resultados das etapas anteriores, da experiência vivida pela autora e dos estudos teóricos foi possível construir coletivamente uma diretriz para melhorar a integração na RUE, com base na matriz adaptada de Vieira (2015).

5.3.1 DIRETRIZ PARA MELHORAR A INTEGRAÇÃO NA RUE

Essa diretriz busca propor estratégias viáveis para fortalecer a integração do SAMU com os componentes APS e UPA na RUE. Sua construção foi feita em conjunto e validada pelos próprios participantes da pesquisa. A diretriz será destinada a gestores da RUE do município estudado para que seja utilizada como ferramenta de base para melhorar essa integração.

Vieira (2015) destaca que instrumentos de integração como a diretriz proposta podem ser representados por um conjunto de tecnologias ou serviços, voltados para o alcance da integração sistêmica. O autor pressupõe ainda que essa organização dos processos de trabalho possibilita maior responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e aos serviços prestados e, nessa mesma pesquisa, coloca que os gestores, ao propor instrumentos de integração, demonstram preocupação com a tentativa de organizar o sistema de saúde a fim de garantir o acesso aos diversos níveis de complexidade da RAS.

Uma diretriz, como ferramenta da gestão, inclui a definição de fluxos de usuários pelos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção, reduzindo a probabilidade de encaminhamentos incorretos aumentando, consequentemente, a

eficiência. (OPAS, 2011). É necessário que os diferentes pontos da RUE estabeleçam relação de complementaridade por meio da comunicação e do reconhecimento da importância de cada serviço, como complementação do cuidado, no qual cada um reconhece a sua responsabilidade. (ROCHA, 2009).

A integração da RAS deve empreender esforços para garantir a continuidade informacional e a coordenação do cuidado pela APS. (ALMEIDA *et al.*, 2011). Os temas que nortearam a construção da diretriz foram baseados na matriz de integração, contemplando a organização dos serviços, estabelecimento de fluxos e comunicação, que estão em consonância com a divisão de classes das entrevistas realizadas e discutidas anteriormente.

5.3.2 RECOMENDAÇÕES

As recomendações apresentadas vão ao encontro com a realidade vivenciada pelos participantes. A organização do serviço, o estabelecimento de fluxos e a comunicação são ferramentas essenciais para melhorar a integração da RUE, assim foram propostas as recomendações: fortalecimento do primeiro nível de atenção para a coordenação do cuidado, organização dos fluxos para a atenção à saúde, aprimoramento e a implementação de mecanismos de integração e a garantia de acesso à atenção especializada e hospitalar, no qual cada um deve reconhecer o seu papel e a atividade a ser desempenhada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração entre os serviços da RUE, APS, UPA e SAMU deve acontecer no sentido de proporcionar o atendimento bem-sucedido entre o profissional de saúde e o usuário, conforme proposto pelo Programa Nacional de Humanização do SUS. Uma das expectativas sobre o SAMU é a integração dos serviços que esse pode proporcionar na RUE, garantindo acesso a todos os níveis de complexidade no momento oportuno. Assim, é recomendável que esses serviços de saúde estejam integrados para melhor funcionamento da rede.

Em atendimento ao objetivo da pesquisa, a diretriz elaborada poderá contribuir para a melhoria da integração, auxiliando no processo de organização da RUE do município, visto que foi estruturada a partir de recomendações baseadas em evidências e validada pelos profissionais que atuam nessa rede.

Os indicadores de monitoramento sugeridos podem ser úteis para o planejamento e perspectivas futuras para acompanhar os processos de melhorias e mudanças, podendo ser aprimorados e aprofundados no sentido de desenvolver e melhorar a integração da RUE.

A gestão poderá incorporar a proposta para propiciar a integração minimizando os problemas que afetam o sistema, organizando os serviços, fluxos e melhorando a comunicação. Mesmo sabendo que a integração na RUE exige tempo e investimento financeiro, identifica-se que um ponto passível de mudança é o treinamento dos profissionais que atuam nesses pontos e a divulgação da atribuição e da forma de organização desses pontos, seja por meio de procedimentos operacionais padrão ou mesmo por divulgação em canais de comunicação, como no site eletrônico institucional.

Fica evidente com essa pesquisa que em qualquer lugar que se necessite da integração dos serviços, a incerteza do sucesso é constante, uma vez que os diversos atores e organizações envolvidas no processo não têm os mesmos recursos, interesses ou competências para se empenhar nessa modalidade de cooperação.

Como limitação do estudo, identifica-se a falta de publicações que tratam da integração da RUE, especialmente relacionadas ao componente do SAMU. Assim, recomenda-se que mais estudos sejam realizados, inclusive de enfoque qualitativo,

para ampliar a avaliação da integração, não apenas na RUE, mas também no âmbito de todas as redes de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev PanamSaludPublica**, Washington , v. 29, n. 2, p. 84-95, Feb. 2011 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-9892011000200003&lng=en&nrm=iso>. Access on 18 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000200003>.

ALMEIDA, P. F. et al .Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, Sept. 2013. Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300004&lng=en&nrm=iso>. Access on 07 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300004>.

ALMEIDA, P. M. V. et al .Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 289-295, June 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200289&lng=en&nrm=iso>. Access on 21 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160039>.

ALVES, C. K. Almeida; NATAL, S.; FELISBERTO, E; SAMICO, I. Interpretações e Análise das Informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: SAMICO, Isabella; FELISBERTO, Eronildo; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano de. Avaliação em Saúde: Bases conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. Cap. 8, p.89-106

ANTONACCI, M.H. et al .The structure and flow of the health care network as an instrument of change in psychosocial assistance services. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 4, p. 891-898, Aug. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400891&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400017>.

ARAUJO D,E.A Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde: uma análise, por coordenadoria regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização** apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2012.

ARAUJO, M. T. et al . Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o serviço móvel de urgência. **Textocontexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. spe, p. 156-163, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500020&lng=en&nrm=iso>. access on 17 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500020>.

BERNARDES, A. et AL. Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista eletrônica de enfermagem**. [internet]. Jul/set 2014. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n3/pdf/v16n3a19.pdf>. Acesso em 23 de mai de 2016.

AZEVEDO, L.C.S.; PEREIRA A.P.; LEMOS, C.; CHAVES D.P. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010 out/dez; 12(4):736-45. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6585>. Acesso em 07 de maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no sistema único de saúde**. Ministério da Saúde. Brasília: Ed Ministério da Saúde, 2013. 84p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primárias e as redes de atenção**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, CONASS, 2015. 127p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. Diário Oficial da União 2002; 12 nov.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2923/1998 - Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência. Diário Oficial da União; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União 2003; 06 out.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 5055 de 27 de abril de 2004. - Institui o SAMU em municípios e regiões do território nacional e estabelece o processo de adesão para esse tipo de serviço. Diário Oficial da União; 2004; 28 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2657 de 14 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU. Diário Oficial da União; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3125 de 7 de dezembro de 2006. - Institui o Programa QualiSUS e define competências. Estabelece as diretrizes de estruturação e organização da atenção à saúde nas urgências tendo como foco ações nos componentes pré-hospitalar fixo e hospitalar da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.922, de 02 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências. Define conceitos, atribuições e pré-requisitos para a implementação das UPA e SE em locais/ unidades estratégicas para a configuração dessas redes. Diário Oficial da União 2008; 03 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.770, de 08 de dezembro de 2008. Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU. Diário Oficial da União 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.972, de 09 de dezembro de 2008. Orienta a continuidade do Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências. Diário Oficial da União; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30/12/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU de 31/12/2010, Seção I, p. 88

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 2011.

BRINK, P.; PETTERSSON, S.; SERNET, N. Group supervision as a means of developing professional competence within pre-hospital care. In: **International emergency nursing**. April 2012, Vol.20(2), pp.76-82. Disponível em: http://ac-els-cdn-com.ez22.periodicos.capes.gov.br/S1755599X11000292/1-s2.0-S1755599X11000292-main.pdf?_tid=c46b0724-2686-11e7-b3b2-00000aacb361&acdnat=1492774772_eef951b73f22f68764e4be30cf31c8e6 . Acesso em 21 de Abr de 2017.

BROEKHUIS, S.; et al. Walk in clinics in Quebec, Canada: patients and doctors do not agree on appropriateness of visits. In: **Family practice**. February 2014, Vol.31(1), pp.92-101 [Periódico revisado por pares] Disponível em: [http://capess-primo.ez22.periodicos.capes.gov.br/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=viewOnlineTab&ct=display&fn=search&doc=TN_medline24243870&indx=23&reclids=TN_medline24243870&reclidx=2&elementId=&renderMode=poppedOut&displayMode=full&http://rnp-primo.hosted.exlibrisgroup.com:80/primo_library/libweb/action/expand.do?frbg=&frbrVersion=6&gathStatTab=true&dscnt=0&scp.scps=scope%3A%28CAPES_DSPACE_DATA%29%2CEbscoLocalCAPES%2Cprimo_central_multiple_fe&mode=Basic&vid=CAPES_V1&srt=rank&tab=default_tab&vl\(freeText0\)=walk-in%20primary&dum=true&dstmp=1492887917265&fromTabHeaderButtonPopout=true](http://capess-primo.ez22.periodicos.capes.gov.br/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=viewOnlineTab&ct=display&fn=search&doc=TN_medline24243870&indx=23&reclids=TN_medline24243870&reclidx=2&elementId=&renderMode=poppedOut&displayMode=full&http://rnp-primo.hosted.exlibrisgroup.com:80/primo_library/libweb/action/expand.do?frbg=&frbrVersion=6&gathStatTab=true&dscnt=0&scp.scps=scope%3A%28CAPES_DSPACE_DATA%29%2CEbscoLocalCAPES%2Cprimo_central_multiple_fe&mode=Basic&vid=CAPES_V1&srt=rank&tab=default_tab&vl(freeText0)=walk-in%20primary&dum=true&dstmp=1492887917265&fromTabHeaderButtonPopout=true) e. Acesso em 22 de abril de 2017.

BRUSAMARELLO, T. Cuidado de enfermagem com familiares e pessoas com transtorno mental na extensão universitária. 134f. **Dissertação** (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2011.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 17 abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

CHOMATAS, M. Integração de saberes e práticas na organização do SAMU de Curitiba – PR. **Saúde em debate**. Londrina, 2005. 32; 90-95.

COFEN. Pesquisa perfil da enfermagem. 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/bloco1/tabelas/sul/pr/Enfermeiros.pdf>. Acesso em 26 de mar de 2017.

COSTA, S.M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.8, n.27, p.90-96, Abr./Jun. 2013. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/530/552>. Acesso em: 26 mar 2017.

DA ROS, C. **Atenção primária à saúde como ordenadora de um modelo de integração assistencial na rede de urgência e emergência**. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2015.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 641-649, Jan. 2009. Available from http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500015&lng=en&nrm=iso. access on 21 Apr. 2017.

ERDMANN, A. L. et al. Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 131-139, Feb. 2013. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700017&lng=en&nrm=iso. access on 23 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>.

FARIA, L. R.; ALVES, C. A. On caring: preliminaries of a comparative study of primary health care in Brazil/Canada. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 72-85, Mar. 2015. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100072&lng=en&nrm=iso. access on 19 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100006>.

FERNANDES, C. R. et al. Conhecimento de estudantes de medicina sobre o funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 253-260, June 2014. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000200012&lng=en&nrm=iso. access on 21 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000200012>.

FERRER, L.; GOODWIN, N. What are the principles that underpin integrated care? *International Journal of Integrated Care*. Oct-Dex 2014. Available from: URN:NBN:NL:UI:10-1-114804. Acesso em 05 de Jul de 2017.

FRACOLLI, L. et al. The concept and practice of comprehensiveness in Primary Health Care: nurses' perception. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, Oct. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500015&lng=en&nrm=iso>. access on 22 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500015>.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed, São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, June 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en&nrm=iso>. access on 19 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>.

GRANJA, G.F.; et al. Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências no SUS: avanços e desafios na efetivação das Redes de Atenção à Saúde. In: 2º Congresso Brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde. 2013. Belo Horizonte. **Anais**. Belo Horizonte: 2013.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2004000800026&lng=en&nrm=iso. Access on 12 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-11X2004000800026>.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, Aug. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso>. access on 17 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>.

LANCINI, A.B. O processo de trabalho das equipes de atendimento móvel de urgência. **Gestão da saúde pública**. (4) 2013.

LAREIRO, S.G.F. Principais diferenças e semelhanças na organização dos cuidados assistenciais no trauma em Portugal e em outros países. **Dissertação**. Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, 2014.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saudesoc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12902011000400005&lng=en&nrm=iso Access
on 26 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.

LIMA, Juliano de Carvalho; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 323-336, Feb. 2010. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200011&lng=en&nrm=iso>. access
on 15 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200011>.

LOWEN, I.M.V. et al. Managerial nursing competencies in the expansion of the Family Health Strategy. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 964-970, Dec. 2015. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000600964&lng=en&nrm=iso>. access
on 23 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000600013>.

MACHADO, C.V.; SALVADOR, F.G.F.; O'DWYER, G. Mobile Emergency Care Service: analysis of Brazilian policy. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, June 2011. Available from
<[http://www.scielo.br/scielo:\]\[~p.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo:][~p.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300010&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 May 2016. Epub Apr 15, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000022>.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M.A.D.S.; CICONET, R.M.. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre - RS. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 185-191, 2011. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 04 June 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000200005>.

MATHEWS, S.; et al. The need for systems integration in health care. In: **JAMA**. 02 March 2011, Vol.305(9), pp.934-935 [Periódico revisado por pares] The need for systems integration in health care. Disponível em [http://capes-primo.ez22.periodicos.capes.gov.br/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=viewOnlineTab&ct=display&fn=search&doc=TN_ama645857&indx=1&reclids=TN_ama645857&reclids=0&elementId=&renderMode=poppedOut&displayMode=full&http://rnp-primo.hosted.exlibrisgroup.com:80/primo_library/libweb/action/expand.do?frbg=&frbrVersion=8&gathStatTab=true&dscnt=0&scp.scps=scope%3A%28CAPES_DSPACE_DATA%29%2CEbscoLocalCAPES%2Cprimo_central_multiple_fe&mode=Basic&vid=CAPES_V1&srt=rank&tab=default_tab&vl\(freeText0\)=integration%20health%20care&dum=true&dstmp=1492792099341&fromTabHeaderButtonPopout=true](http://capes-primo.ez22.periodicos.capes.gov.br/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=viewOnlineTab&ct=display&fn=search&doc=TN_ama645857&indx=1&reclids=TN_ama645857&reclids=0&elementId=&renderMode=poppedOut&displayMode=full&http://rnp-primo.hosted.exlibrisgroup.com:80/primo_library/libweb/action/expand.do?frbg=&frbrVersion=8&gathStatTab=true&dscnt=0&scp.scps=scope%3A%28CAPES_DSPACE_DATA%29%2CEbscoLocalCAPES%2Cprimo_central_multiple_fe&mode=Basic&vid=CAPES_V1&srt=rank&tab=default_tab&vl(freeText0)=integration%20health%20care&dum=true&dstmp=1492792099341&fromTabHeaderButtonPopout=true). Acesso em 21 de Abril de 2017.

MELVYN, J. Walk-in primary medical care centres: lessons from Canada. In: **British medical journal**. Oct, 14, 2015, Vol.321 (7266), p. 928 [Periódico revisado por pares]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/bmj/321/7266/928.full.pdf>. Acesso em 07 de maio de 2017.

MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde**. Brasília. Organização Pan Americana da Saúde: 2011, 2ªed.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso .Access on 12 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2395-2404, Aug. 2010 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500014&lng=en&nrm=iso. access on 16 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500014>.

O'DWYER, G.; MATTOS, R.A.Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do estado do Rio de Janeiro. **Saundesoc.**, São Paulo , v. 22, n. 1, p. 199-210, Mar. 2013 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100018&lng=en&nrm=iso. access on 21 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100018>.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010.

O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, 2008.

O'DWYER, G.; OLIVEIRA, S.; DE SETTA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, 2009.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso. access on 18 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório Mundial. Brasília: OMS; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde: agora mais que nunca** [CD-ROM]. Relatório Mundial: OMS, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Módulos de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades**. Módulo 3: medida das condições de saúde e doença na população / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde ; Ministério da Saúde, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113p.

ORTIGA, A.M.B. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 12, e00176714, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001205002&lng=en&nrm=iso>. accesson 09 Apr. 2017. Epub Dec 15, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00176714>.

PACHECO M.A.B. **UNA-SUS/UFMA Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE**/Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). Universidade Federal do Maranhão. - São Luís, 2015.

PELEGRI, A.H.W.P.; et al. Organização dos serviços de saúde para atenção às urgências: revisão narrativa. In: **Online brazilian journal of nursing**. Vol 9, n 1, 2010. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2010.2888/657>. Acesso em 07 de maio de 2017.

PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A. D.S.. Prehospital teamwork life support service for traffic accident victims. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. 2, p. 320-327, June 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 23 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200010>.

PIZZOLATO, A.C. **Construção de instrumento de registro de enfermagem no atendimento móvel de urgência em Curitiba**. 137f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA (PMC). Curitiba, 201?. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/carta-do-sus/carteira-de-servicos-dos-profissionais-da-atencao-primaria>> Acesso em: 16 de Abr de 2016.

QUEIROZ, A.P.O. **Integração da informação na rede de urgência e emergência**. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2015.

RANDOW, R.M.V.; et al. Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto atendimento. **Rev Rene**. Fortaleza, vol 12, (n esp), p. 904-12. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a03v12esp_n4.pdf. Acesso em 22 de mai de 2016.

RANDOW, R.M.V. Práticas gerenciais em unidades de pronto atendimento no contexto de estruturação de rede de atenção à saúde de Belo Horizonte. **Dissertação**. (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Enfermagem. Belo Horizonte, 2012.

RIBEIRO, C.V.S.; MANCEBO, D. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 33, n. 1, p. 192-207, 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100015&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000100015>.

ROCHA, R.L.P., et al. Relações entre profissionais de uma Unidade Básica de Saúde e do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência. In: **Revista medicina Minas Gerais**. 2009; 19(4): 317-324. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/440>. Acesso em 21 de Abri de 2017.

RODRIGUES, L.B.B. et al . A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 343-352, Feb. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200343&lng=en&nrm=iso>. Accesson 19 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>.

SILVA, C.G. Análise comparativa dos sistemas de saúde nas Américas. **Trabalho de conclusão de curso** – (Curso Gestão de Políticas Públicas) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SILVA, M.F.N. et al .Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 22, n. 2, p. 218-225, Apr. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200218&lng=en&nrm=iso>. access on 23 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3172.2405>.

ROCHA, L.P.T. Percepções dos profissionais da Atenção Básica sobre o serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. **Dissertação** (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 6, p. 2753-2762, June 2011 . Availablefromhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413123201

[1000600014&lng=en&nrm=iso](https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014) .Acesso em: 17 Apr. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014> .

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde 2002. 726p.

TEXEIRA, C.F Equidade, Cidadania, Justiça e Saúde. Paper elaborado para o Curso Internacional sobre Desarrollo de Sistemas de Salud, OPS-OMS/ASDI. Nicarágua, 17 de abril a 6 de maio de 2005.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2007. _____ . Pesquisa-ação nas organizações. São Paulo: Atlas, 2009

VELLOSO, I.S.C. Configurações das relações de poder no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. **Tese**. (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

VIEIRA, E.W. R. **Grau de integração da atenção primária à saúde na rede de serviços de saúde em município de pequeno porte**. 144f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

VIEIRA, M.M.F.;ZOUAIN,D.M. **Pesquisa qualitativa em administração**.Rio de Janeiro: Ed FGV. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.

APÊNDICES

- | | |
|------------|---|
| APÊNDICE 1 | - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - QUESTIONÁRIO SEMI ESTRUTURADO |
| APÊNDICE 2 | - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – TEMAS GERADORES PARA OS SEMINÁRIOS |
| APÊNDICE 3 | - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O GESTOR |
| APÊNDICE 4 | - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O ENFERMEIRO/MÉDICO |

APÊNDICE 1: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - QUESTIONÁRIO SEMI ESTRUTURADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PESQUISA: INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS – COMPONENTES SAMU, ATENÇÃO PRIMÁRIA E UPA

Data da coleta: ____/____/____

1. Dados de identificação:

- a) Data de nascimento: _____
- b) Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
- c) Idade _____
- d) Curso de graduação: _____
- e) Tempo de formado: _____
- f) Curso de Pós-Graduação: ☐ não ☐ sim. Qual? _____
- g) Função que exerce no momento na Secretaria Municipal de Saúde:
☐ gerencial ☐ assistência Quanto tempo: _____
- h) Número de vezes que acionou o SAMU nos últimos 3 meses _____ ☐ Não se aplica.

A integração da Rede de Atenção à Saúde pode ser definida como organização do sistema de saúde de forma coordenada entre provedores de serviços de saúde que cooperam para prestar serviços de saúde de forma integral.(HARTZ; CONTRANDIOPOULOS, 2004).

A integração dessa rede depende da qualidade dos processos de organização dos serviços (apropriação de cada ponto da rede sobre sua atribuição, organização da porta de entrada) e da eficácia da comunicação instituída entre as pessoas no interior do sistema (fluxos claros, sistema de referência e contra referência, documentos adequados). (RODRIGUES, 2014)

2. Mapeamento da Rede de Urgência e Emergência:

1. No dia a dia da sua unidade, quais os critérios utilizados para acionar o SAMU?
2. Como você percebe a integração do SAMU com a unidade (UPA ou Unidade de Saúde)?

3. Quais as fragilidades que você identifica na integração do SAMU com a unidade (UPA ou Unidade de Saúde)?
4. Quais as suas sugestões para uma melhor integração entre o SAMU, e a unidade (UPA ou Unidade de Saúde)?
5. Gostaria de estar colocando algo a mais sobre o assunto?

APÊNDICE 2: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – TEMAS GERADORES PARA OS SEMINÁRIOS

Tema: Integração da Rede de Urgência com a Atenção Primária e Unidades de Pronto Atendimento

Local: Sala de reuniões da Unidade de Pronto Atendimento

Número de encontros: 02

Duração total aproximada: 3h 20min

Participantes: Gestores, Profissionais da Atenção Primária, da Unidade de Pronto Atendimento e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Objetivo: Propor estratégias para melhorar a integração na rede de urgência e emergência com a Atenção Primária e as Unidades de Pronto atendimento.

Conteúdo	Estratégia	Recursos	Avaliação
Análise das entrevistas individuais	Problematização do tema Discussão em grupo Elaboração de propostas	Notebook Data show	Depoimentos

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O GESTOR

Nós, Daniela KuromotoNagai, e Aida Maris Peres, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, convidamos você, gestor da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba, para participar de um estudo intitulado “Integração de Serviços e de Informações na Rede de Urgência e Emergência”. A sua participação é fundamental para o fortalecimento das ações estratégicas e linhas de cuidado prioritárias da Rede de Atenção à Urgência e Emergência em Curitiba – PR.

O objetivo desta pesquisa é mapear a integração da Rede de Urgência e Emergência com a atenção primária à saúde no Distrito Sanitário Boa Vista, do município de Curitiba - PR.

Caso você participe da pesquisa, será necessário que você responda a algumas questões que lhe serão feitas em uma sala reservada do seu ambiente de trabalho, com duração aproximada de trinta a quarenta minutos, e a sua autorização será mediante a assinatura deste documento.

Já, cada uma das reuniões do seminário, terá duração aproximada de 01 hora e 40 minutos e será realizada na sala de reuniões da Unidade de Pronto Atendimento Boa Vista – Av Paraná, 3654 – com data e horário a serem informados com 7 dias de antecedência, via endereço eletrônico e contato telefônico, e previstos para os meses de junho e julho de 2016.

A pesquisa tem como finalidade caracterizar o funcionamento da Rede de Urgência e Emergência (RUE), com vistas ao mapeamento organizacional da RUE. Os riscos que poderão ocorrer são relativos ao desconforto durante a entrevista, que será imediatamente suspensa caso este fato seja observado.

Espera-se com esta pesquisa possa apoiar no planejamento de ações que visem à melhoria da qualidade dos serviços prestados na RUE. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico e da prática profissional em saúde.

As pesquisadoras Daniela KuromotoNagai, mestranda, enfermeira e a Prof^aDr^aAida Maris Peres, orientadora da pesquisa, enfermeira, responsáveis por este estudo, poderão ser contatadas pelo e-mail: daniela.nagai@gmail.com ou

amaris@ufpr.br, telefone: (41) 96836752; ou no telefone comercial (41) 3355 2683 no Distrito Sanitário Boa Vista (Rua Nilo Brandão, 423) Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 08h-17h), ou ainda no Departamento de Enfermagem da UFPR (Bloco Didático II – Av. Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico. Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h), para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter, e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pelas pesquisadoras. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. A sua entrevista será gravada, respeitando- se completamente o seu anonimato.

Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A

explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão;

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa) Local
e data Curitiba, __/__/__

Assinatura do Pesquisador

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP: 80060-240 Tel (41) 3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

APÊNDICE 4

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O
ENFERMEIRO/MÉDICO**

Nós, Daniela KuromotoNagai, e Aida Maris Peres, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, convidamos você, gestor da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba, para participar de um estudo intitulado “Integração de Serviços e de Informações na Rede de Urgência e Emergência”. A sua participação é fundamental para o fortalecimento das ações estratégicas e linhas de cuidado prioritárias da Rede de Atenção à Urgência e Emergência em Curitiba – PR.

O objetivo desta pesquisa é mapear a integração da Rede de Urgência e Emergência com a atenção primária à saúde no Distrito Sanitário Boa Vista, do município de Curitiba - PR.

Caso você participe da pesquisa, será necessário que você responda a algumas questões que lhe serão feitas em uma sala reservada do seu ambiente de trabalho, com duração aproximada de trinta a quarenta minutos, e a sua autorização será mediante a assinatura deste documento.

Já, cada uma das reuniões do seminário, terá duração aproximada de 01 hora e 40 minutos e será realizada na sala de reuniões da Unidade de Pronto Atendimento Boa Vista – Av Paraná, 3654 – com data e horário a serem informados com 7 dias de antecedência, via endereço eletrônico e contato telefônico, e previstos para os meses de junho e julho de 2016.

A pesquisa tem como finalidade caracterizar o funcionamento da Rede de Urgência e Emergência (RUE), com vistas ao mapeamento organizacional da RUE. Os riscos que poderão ocorrer são relativos ao desconforto durante a entrevista, que será imediatamente suspensa caso este fato seja observado.

Espera-se com esta pesquisa possa apoiar no planejamento de ações que visem à melhoria da qualidade dos serviços prestados na RUE. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico e da prática profissional em saúde.

As pesquisadoras Daniela KuromotoNagai, mestranda, enfermeira e a Prof^aDr^aAida Maris Peres, orientadora da pesquisa, enfermeira, responsáveis por este estudo, poderão ser contatadas pelo e-mail: daniela.nagai@gmail.com ou

amaris@ufpr.br, telefone: (41) 96836752; ou no telefone comercial (41) 3355 2683 no Distrito Sanitário Boa Vista (Rua Nilo Brandão, 423) Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 08h-17h), ou ainda no Departamento de Enfermagem da UFPR (Bloco Didático II – Av. Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico. Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h), para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter, e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pelas pesquisadoras. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. A sua entrevista será gravada, respeitando- se completamente o seu anonimato.

Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A

explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão;

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa) Local
e data Curitiba, __/__/__

Assinatura do Pesquisador

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP: 80060-240 Tel (41) 3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXOS

ANEXO A - MATRIZ DE ANÁLISE PARA AVALIAR O GRAU DE INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – Universidade Federal do Paraná

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP – Prefeitura Municipal de Curitiba

ANEXO A - MATRIZ DE ANÁLISE PARA AVALIAR O GRAU DE INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE

CATEGORIA DE ANÁLISE 1: FORTALECIMENTO DO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO PARA A COORDENAÇÃO DO CUIDADO		
Crítérios	Indicadores	Parâmetros
1A. Capacidade resolutive nos serviços de primeiro nível de atenção (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BERNABÉ, 2003; GÉRVAS; RICO, 2005; 2006; FEO; CAMPO; CAMACHO, 2006)	Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de primeiro nível de atenção que consideram que o tempo de espera até a realização de exames diagnósticos básicos (listados abaixo), por eles solicitados, é <i>Sempre/Na maioria das vezes</i> , adequado para a condução dos casos.	
	1Aa. Análise de escarro	
	1Ab. Eletrocardiografia simples	0 ponto: se < 25%;
	1Ac. Urinálise	1 ponto: se = 25% e < 50%;
	1Ad. Hemograma	2 pontos: se = 50% e < 75%;
	1Ae. Mamografia	3 pontos: se ≥ 75%.
	1Af. Parasitológico de fezes	
	1Ag. Radiografia simples (raios-X)	
	1Ah. Sorologias para as doenças virais mais comuns	
	1Ai. Provas diagnósticas solicitadas diretamente pelo médico da atenção primária	0 ponto: nenhum tipo de exame; 1 ponto: somente exames laboratoriais básicos; 2 pontos: exames laboratoriais básicos e de média complexidade; 3 pontos: exames básicos, de média e alta complexidade.
	1Aj. Coleta de amostras para exames laboratoriais rotineiramente solicitados nos serviços de atenção primária	0 ponto: não é realizada nos serviços de APS; 1 ponto: é realizada nos serviços de APS, mas em um único dia da semana; 2 pontos: é realizada nos serviços de APS na maioria dos dias da semana; 3 pontos: é realizada diariamente nos serviços de APS.

CATEGORIA DE ANÁLISE 1: FORTALECIMENTO DO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO PARA A COORDENAÇÃO DO CUIDADO		
Crítérios	Indicadores	Parâmetros
1B. Equipe multiprofissional para apoio ao primeiro nível de atenção (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BRASIL, 2011b; 2012b; CONILL, 2007; FEO; CAMPO; CAMACHO, 2006)	1Ba. Equipe multiprofissional que atue de forma integrada com o primeiro nível de atenção	0 ponto: não há equipe multiprofissional para apoio ao primeiro nível de atenção; 1 ponto: há equipe(s) multiprofissional(is), mas atua(am) assumindo o atendimento de grupos específicos; 2 pontos: há equipe(s) multiprofissional(is) que atua(am) como referências, mas sem discussões clínicas compartilhadas; 3 pontos: há equipe(s) multiprofissional(is) que atua(am) como referências e participa (am) de discussões clínicas compartilhadas.
1C. O primeiro nível de atenção no atendimento às urgências e emergências (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BRASIL, 2002; 2003; 2006; 2010; 2011a; b; FEO; CAMPO; CAMACHO, 2006)	1Ca. Funcionamento do primeiro nível de atenção no atendimento às urgências e emergências	0 ponto: não há tolerância para consultas não agendadas; 1 ponto: há tolerância para consultas não agendadas, mas sem acolhimento a partir de critérios pré-definidos para a classificação de risco; 2 pontos: há tolerância para consultas não agendadas, com acolhimento a partir de critérios pré-definidos para a classificação de risco em determinado período do horário de funcionamento do serviço; 3 pontos: há tolerância para consultas não agendadas, com acolhimento a partir de critérios pré-definidos para a classificação de risco durante todo o horário de funcionamento do serviço.

CATEGORIA DE ANÁLISE 2: ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE		
Crítérios	Indicadores	Parâmetros

CATEGORIA DE ANÁLISE 2: ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE		
Critérios	Indicadores	Parâmetros
2A. Organização da porta de entrada pela APS (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003)	2Aa. Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de primeiro nível de atenção e do serviço de urgência que consideraram que <i>Sempre/Na maioria das vezes</i> os indivíduos procuram primeiramente os serviços de APS para o primeiro atendimento	0 ponto: se < 25%; 1 ponto: se = 25% e < 50%; 2 pontos: se = 50% e < 75%; 3 pontos: se ≥ 75%.
2B. Percurso mais comum do paciente para acesso à atenção especializada (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010; BERNABÉ, 2003)	2Ba. Percentual de encaminhamentos para serviços de saúde especializados que tem origem nos serviços de APS	0 ponto: se < 25%; 1 ponto: se = 25% e < 50%; 2 pontos: se = 50% e < 75%; 3 pontos: se ≥ 75%.
2C. Primeira instância regulatória (BRASIL, 2011b)	2Ca. APS responsável pela marcação/agendamento de serviços de atenção especializada a partir de critérios de priorização preestabelecidos	0 ponto: a APS não é responsável pela marcação/agendamento para serviços de atenção especializada; 1 ponto: a APS é responsável pela marcação/agendamento para alguns serviços de atenção especializada, sem aplicar critérios de priorização preestabelecidos; 2 pontos: a APS é responsável pela marcação/agendamento para alguns serviços de atenção especializada aplicando critérios de priorização preestabelecidos; 3 pontos: a APS é responsável pela marcação/agendamento para todos os serviços de atenção especializada aplicando critérios de priorização preestabelecidos.

CATEGORIA DE ANÁLISE 3: INSTRUMENTOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE		
Critérios	Indicadores	Parâmetros
3A. Sistema municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010; MENDES, 2011b)	3Aa. Central municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados	0 ponto: não existe; 1 ponto: existe, mas não disponibiliza acesso <i>on-line</i> às unidades de APS; 2 pontos: existe, mas disponibiliza acesso <i>on-line</i> somente a algumas unidades de APS; 3 pontos: existe e disponibiliza acesso <i>on-line</i> a todas as unidades de APS.
3B. Protocolos assistenciais (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010; BERGA; TALAYERO, 1997; BERNABÉ, 2003; COSTA-E-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007; GIOVANELLA <i>et al.</i> , 2002)	3Ba. Protocolos assistenciais que considerem classificação de risco e vulnerabilidade, que integrem e estabeleçam claramente as atribuições de cada categoria profissional, que estabeleçam a programação de exames diagnósticos e de consultas especializadas.	0 ponto: não existem; 1 ponto: existem, mas restritos ao primeiro nível de atenção; 2 pontos: existem e são compartilhados, mas apenas entre a APS e os serviços especializados da rede municipal de saúde; 3 pontos: existem e são compartilhados entre a APS e serviços especializados da rede municipal e de outros prestadores.
3C. Transferência de informações sobre o paciente entre os serviços ou profissionais de saúde (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010; BERGA; TALAYERO, 1997; GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003; ROSEN; HAM, 2009)	3Ca. Percentual de médicos que fornecem informações escritas <i>Sempre</i> quando o paciente é referenciado para outros serviços	0 ponto: se < 25%; 1 ponto: se = 25% e < 50%; 2 pontos: se = 50% e < 75%; 3 pontos: se ≥ 75%.
	3Cb. Percentual de médicos especialistas que <i>Sempre</i> recebem informações escritas quando o paciente é referenciado de outros serviços	
	3Cc. Percentual de médicos especialistas que <i>Sempre</i> enviam contra-referência após avaliarem o paciente.	
	3Cd. Percentual de médicos que <i>Sempre</i> recebem contra-referência após consultas do paciente com especialista	

CATEGORIA DE ANÁLISE 3: INSTRUMENTOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE		
Critérios	Indicadores	Parâmetros
	3Ce. Percentual de formulários para encaminhamentos a serviços especializados que apresentam todos os campos para informações preenchidos	
3D. Seguimento de pacientes após internações hospitalares (BERNABÉ, 2003; COSTA-E-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007)	3Da. Percentual de médicos e enfermeiros da APS que recebem relatório de alta hospitalar <i>Sempre</i> após internação dos usuários	0 ponto: se < 25%; 1 ponto: se = 25% e < 50%; 2 pontos: se = 50% e < 75%; 3 pontos: se ≥ 75%.

CATEGORIA DE ANÁLISE 4: ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR		
Critérios	Indicadores	Parâmetros
4A. Acesso à consultas médicas especializadas (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010)	Percentual de médicos e enfermeiros que consideram o tempo de espera para consultas médicas especializadas (especialidades listadas abaixo) <i>Sempre/Na maioria das vezes</i> adequado para a condução dos casos	
	4Aa. Cardiologia	
	4Ab. Ginecologia	
	4Ac. Neurologia	
	4Ad. Oftalmologia	
	4Ae. Ortopedia	
	4Af. Pediatria	
	4Ag. Psiquiatria	
		0 ponto: se < 25%; 1 ponto: se = 25% e < 50%; 2 pontos: se = 50% e < 75%; 3 pontos: se ≥ 75%.

CATEGORIA DE ANÁLISE 4: ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR		
Critérios	Indicadores	Parâmetros
	4Ah. Urologia	
	4Ai. Dermatologia	
	4Aj. Endocrinologia	
	4Al. Gastroenterologia	
	4Am. Infectologia	
	4An. Mastologia	
	4Ao. Nefrologia	
	4Ap. Oncologia	
	4Aq. Otorrinolaringologia	
	4Ar. Pneumologia	
	4As. Proctologia	
	4At. Reumatologia	
4B. Acesso à serviços de apoio à diagnose (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010; BERNABÉ, 2003)	Percentual de médicos e enfermeiros que consideram o tempo de espera até a realização de exames especializados (listados abaixo) <i>Sempre/Na maioria das vezes</i> , adequado para a condução dos casos.	
	4Ba. Anátomo e citopatologia	
	4Bb. Cintilografia	
	4Bc. Ecocardiograma	
		0 ponto: se < 25%; 1 ponto: se = 25% e < 50%; 2 pontos: se = 50% e < 75%; 3 pontos: se ≥ 75%.

CATEGORIA DE ANÁLISE 4: ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR		
Critérios	Indicadores	Parâmetros
	4Bd. Eletrocardiografia de esforço	
	4Be. Endoscopia digestiva	
	4Bf. Radiografia (raios-X) com contraste	
	4Bg. Ressonância magnética	
	4Bh. Tomografia computadorizada	
	4Bi. Ultrassonografia clínica	
4C. Articulação entre os serviços de APS e serviços de urgência e emergência (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010; BERNABÉ, 2003;)	4Ca. Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de primeiro nível de atenção e do serviço de urgência que consideram que as tentativas de transferências de pacientes atendidos no Posto de Saúde para o pronto-atendimento (hospital), em casos de urgências, são <i>Sempre</i> exitosas.	0 ponto: se < 25%; 1 ponto: se = 25% e < 50%; 2 pontos: se = 50% e < 75%; 3 pontos: se ≥ 75%.
4D. Acesso aos serviços de atenção hospitalar (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2010)	4Da. Percentual de médicos e enfermeiros que consideram o tempo de espera até a realização de cirurgias eletivas <i>Sempre/Na maioria das vezes</i> , adequado para a condução dos casos.	0 ponto: se < 25%; 1 ponto: se = 25% e < 50%; 2 pontos: se = 50% e < 75%; 3 pontos: se ≥ 75%.
	4Db. Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de APS e ginecologista/obstetras da rede municipal de saúde que consideram que as gestantes <i>Sempre</i> conseguem assistência hospitalar ao parto no município	
	4Dc. Percentual de médicos e enfermeiros dos serviços de APS e ginecologista/obstetras da rede municipal de saúde que consideram que as gestantes de alto risco <i>Sempre</i> conseguem transferências para atenção ao parto em unidades de referência	

APS: Atenção Primária à Saúde.

ANEXO B– PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – Universidade Federal do
Paraná

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.378.293

participantes desta pesquisa serão: usuários ou acompanhantes com idade superior a 18 anos e atendidos na UPA Boa Vista ; médicos e enfermeiros que atuam nesta UPA, nos SAMUs e nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Boa Vista e gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e do Distrito Sanitário Boa Vista. A coleta de dados será realizada em duas fases: primeiro momento no período de outubro de 2014 à março de 2015, e no segundo momento no período de março a junho de 2016, após aprovação pelo CEP. Será realizada por meio de entrevistas gravadas com roteiro semi-estruturado e grupo focal (previsão de 2 encontros) gravados com base no roteiro de temas geradores com gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), do Distrito Sanitário, da UPA, do SAMU e das UBS; médicos enfermeiros e técnicos de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde e dos serviços de urgência e emergência (UPA e SAMU).

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo geral avaliar a integração entre os serviços de saúde e as informações relacionadas à Rede de Urgência e Emergência e por objetivos específicos caracterizar e identificar o perfil e a demanda dos pontos de atenção à saúde na Rede de Urgência e Emergência em Curitiba; identificar dados e informações relevantes para a Rede de Urgência e Emergência disponibilizada pelo Sistema de Informações em Saúde municipal; descrever o fluxo de informação e comunicação entre a Atenção Primária à Saúde e os Serviços de Urgência e Emergência; reconhecer o itinerário terapêutico percorrido por usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família e mapear a integração da Rede de Urgência e Emergência no município de Curitiba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apontam como eventual risco a possibilidade de constrangimento em algum momento do questionário, tendo como minimização para esse risco a liberdade do participante se recusar em responder alguma pergunta que lhe cause o constrangimento. Como benefícios atestam a possibilidade dos resultados da pesquisa servirem como base para fomentar a discussão sobre a organização da Rede de Atenção de Urgências e Emergências nos seus diferentes pontos de atenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As emendas encaminhadas foram apresentadas de maneira clara e completa em todos os

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Têreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.378.233

documentos apresentados a este CEP. Todos os instrumentos de coleta de dados foram, também, apresentados. A pesquisa segue, portanto, para as demais fases de desenvolvimento com segurança ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há inadequações ou pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_637732 ET.pdf	08/12/2015 23:49:05		Aceite
Outros	carta_justificativa_emenda.docx	08/12/2015 23:13:51	DANIELA KUROMOTO NAGAI	Aceite
Declaração de Pesquisadores	declaracao_tomar_publico.docx	02/12/2015 17:45:10	Aida Maris Peres	Aceite
Declaração de Pesquisadores	DOC321declaracao_concordancia_orientador_emenda.docx	02/12/2015 17:43:55	Aida Maris Peres	Aceite
Declaração de Pesquisadores	DOC81declaracao_de_uso_especifico_emenda.docx	02/12/2015 17:43:30	Aida Maris Peres	Aceite
Declaração de Pesquisadores	DOC61_termo_de_confidencialidade_emenda.docx	02/12/2015 17:43:06	Aida Maris Peres	Aceite
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_emenda.docx	02/12/2015 17:19:30	Aida Maris Peres	Aceite
Cronograma	CRONOGRAMA_Emenda.docx	02/12/2015 16:58:06	Aida Maris Peres	Aceite
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_emenda_profissional.docx	02/12/2015 16:53:44	Aida Maris Peres	Aceite
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Plataforma CORRIGIDO 3.pdf	01/10/2014 16:13:45		Aceite
Outros	DESCRIÇÃO_DA_PESQUISA.pdf	22/09/2014 13:05:11		Aceite

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.378.233

Outros	14_termo_compromisso_inicio_pesquisa.pdf	23/07/2014 12:57:33		Aceito
Outros	DOC 13_termo_uso_especifico_dados.pdf	23/07/2014 12:56:59		Aceito
Outros	DOC 8_declaracao_uso_especifico_materiais.pdf	23/07/2014 12:55:26		Aceito
Outros	DOC 6_termo_confidencialidade.pdf	23/07/2014 12:53:49		Aceito
Outros	DOC 4analise_merito.pdf	23/07/2014 12:51:02		Aceito
Outros	DOC 3.2_declaracao_concordancia_orientado r2.pdf	23/07/2014 12:50:18		Aceito
Outros	DOC 3.1_declaracao_concordancia_orientado r.pdf	23/07/2014 12:47:21		Aceito
Outros	DOC 2_oficio_encaminhamento_projeto.pdf	23/07/2014 12:45:41		Aceito
Outros	DOC 1_oficio_pesquisador_ao_cep.pdf	23/07/2014 12:43:41		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	23/07/2014 11:40:29		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCEL_3.pdf	21/07/2014 11:39:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCEL_2.pdf	21/07/2014 11:39:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_1.pdf	21/07/2014 11:38:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Plataforma 18.07.14.pdf	18/07/2014 11:29:52		Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	18/07/2014 11:28:29		Aceito
Outros	EXTRATO ATA.pdf	18/07/2014 11:28:08		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.378.233

Não

CURITIBA, 21 de Dezembro de 2015

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP – Prefeitura Municipal de Curitiba

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**Elaborado pela Instituição Coparticipante****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS E DE INFORMAÇÕES NA REDE DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Pesquisador: Aida Maris Peres

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33867114.0.3001.0101

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.415.157

Apresentação do Projeto:

Conforme parecer do Comitê de Ética de origem.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme parecer do Comitê de Ética de origem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme parecer do Comitê de Ética de origem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme parecer do Comitê de Ética de origem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme parecer do Comitê de Ética de origem.

Recomendações:

Conforme parecer do Comitê de Ética de origem.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Haviam sugestões da SMS em relação aos participantes da pesquisa e sobre a metodologia, às quais os pesquisadores se adequaram. A pesquisa está dentro das diretrizes da SMS e vem ao encontro das necessidades do serviço.

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

Continuação do Parecer: 1.415.157

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba acompanha o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

TipoDocumento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
InformaçõesBásicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_637732_E1.pdf	08/12/2015 23:49:05		Aceito
Outros	carta_justificativa_emenda.docx	08/12/2015 23:13:51	DANIELA KUROMOTO NAGAI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_tornar_publico.docx	02/12/2015 17:45:10	Aida Maris Peres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DOC321declaracao_concordancia_orientador_emenda.docx	02/12/2015 17:43:55	Aida Maris Peres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DOC81declaracao_de_uso_especifico_emenda.docx	02/12/2015 17:43:30	Aida Maris Peres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DOC61_termo_de_confidencialidade_emenda.docx	02/12/2015 17:43:06	Aida Maris Peres	Aceito
ProjetoDetalhado / BrochuraInvestigador	Projeto_detalhado_emenda.docx	02/12/2015 17:19:30	Aida Maris Peres	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_Emenda.docx	02/12/2015 16:58:06	Aida Maris Peres	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_emenda_profissional.docx	02/12/2015 16:53:44	Aida Maris Peres	Aceito
ProjetoDetalhado / BrochuraInvestigador	ProjetoPlataforma CORRIGIDO 3.pdf	01/10/2014 16:13:45		Aceito
Outros	DESCRIÇÃO_DA_PESQUISA.pdf	22/09/2014 13:05:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_(CORRIGIDO_2)_PARA_O_GESTOR_2.pdf	22/09/2014 13:03:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_(CORRIGIDO_2)_PARA_O_GESTOR_1.pdf	22/09/2014 13:02:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_(CORRIGIDO_2)_PARA_O_ENFERMEIRO.MÉDICO_2.pdf	22/09/2014 13:02:18		Aceito

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

Continuação do Parecer: 1.415.157

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_(CORRIGIDO_2)_PARA_O_ENFERMEIRO.MÉDICO_1.pdf	22/09/2014 13:02:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_(CORRIGIDO_2)_O_PARA_O_USUÁRIO.pdf	22/09/2014 13:01:45		Aceito
ProjetoDetalhado / BrochuraInvestigador	ProjetoPlataforma CORRIGIDO 2.pdf	22/09/2014 13:00:36		Aceito
ProjetoDetalhado / BrochuraInvestigador	ProjetoPlataforma CORRIGIDO.pdf	25/08/2014 15:06:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE -CORRIGIDO- O PARA O USUÁRIO.pdf	23/08/2014 17:37:06		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE (CORRIGIDO) PARA O ENFERMEIRO.MÉDICO 2.pdf	23/08/2014 17:36:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE (CORRIGIDO) PARA O ENFERMEIRO.MÉDICO 1.pdf	23/08/2014 17:36:46		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE (CORRIGIDO) PARA O GESTOR 2.pdf	23/08/2014 17:36:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE (CORRIGIDO) PARA O GESTOR 1.pdf	23/08/2014 17:36:18		Aceito
Outros	DOC 14_termo_compromisso_inicio_pesquisa.pdf	23/07/2014 12:57:33		Aceito
Outros	DOC 13_termo_uso_especifico_dados.pdf	23/07/2014 12:56:59		Aceito
Outros	DOC 8_declaracao_uso_especifico_materiais.pdf	23/07/2014 12:55:26		Aceito
Outros	DOC 6_termo_confidencialidade.pdf	23/07/2014 12:53:49		Aceito
Outros	DOC 4analise_merito.pdf	23/07/2014 12:51:02		Aceito
Outros	DOC 3.2	23/07/2014		Aceito

Continuação do Parecer: 1.415.157

Outros	_declaracao_concordancia_orientador2.pdf	12:50:18		Aceito
Outros	DOC 3.1_declaracao_concordancia_orientador.pdf	23/07/2014 12:47:21		Aceito
Outros	DOC 2_oficio_encaminhamento_projeto.pdf	23/07/2014 12:45:41		Aceito
Outros	DOC 1_oficio_pesquisador_ao_cep.pdf	23/07/2014 12:43:41		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	23/07/2014 11:40:29		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCEL_3.pdf	21/07/2014 11:39:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	21/07/2014 11:39:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_1.pdf	21/07/2014 11:38:49		Aceito
ProjetoDetalhado / BrochuraInvestigador	ProjetoPlataforma 18.07.14.pdf	18/07/2014 11:29:52		Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	18/07/2014 11:28:29		Aceito
Outros	EXTRATO ATA.pdf	18/07/2014 11:28:08		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 19 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

SAMUEL JORGE MOYSÉS

(coordenador)